

Aus dem Bezirkskrankenhaus Haar bei München
Vorstand Dr. Christof Schulz
Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität
München

**EVALUATION EINER
THERAPEUTISCHEN WOHNGEMEINSCHAFT**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
EDELTRAUD QUINKLER
aus Burghaun

1987

Disbui. München

1987



Aus dem Bezirkskrankenhaus Haar bei München
Vorstand Dr. Christof Schulz
Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität
München

**EVALUATION EINER
THERAPEUTISCHEN WOHNGEMEINSCHAFT**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
EDELTRAUD QUINKLER
aus Burghaun

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	PD. Dr. Dr. W. Bender
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. R. Meyendorf
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. P. Vaitl
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündl. Prüfung: 16. 07. 1987

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Von der "therapeutischen Gemeinschaft"
Übergangswohnheimen und Wohngemeinschaften -
Darstellung der "geistigen Hintergründe" im
historischen Abriß.
 - 2.1. Der Begriff der Deinstitutionalisierung
 - 2.2. Die Deinstitutionalisierung in Beispielen
 - 2.2.1. Die USA
 - 2.2.2. Italien
 - 2.2.3. BRD
 - 2.3. Historische Entwicklung von therapeutischen Gemein-
schaften, Übergangswohnheimen und Wohngemeinschaften
in England.
 - 2.4. Übergangswohnheime und therapeutische Gemeinschaften
in der BRD
3. Wohngemeinschaft Ismaninger Straße 54
 - 3.1. Allgemeine Beschreibung des Projekts
 - 3.2. Voraussetzungen für Aufnahme in Wohngemeinschaft
 - 3.3. Räumliche Verhältnisse
 - 3.4. Kosten und Finanzierung
 - 3.5. Betreuung und Therapie
 - 3.6. Ziele der Wohngemeinschaft
4. Methodische Überlegungen
 - 4.1. Vorgehensweise der Untersuchung, ausgewertete
Materialien, herangezogene Informationen
 - 4.2. Fragestellung
 - 4.3. Statistische Methoden
 - 4.4. Schwierigkeiten und mögliche Fehlerquellen
5. Ergebnisse
 - 5.1. Beschreibung der Stichprobe
 - 5.1.1. Diagnoseverteilung
 - 5.1.2. Altersstruktur

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	PD. Dr. Dr. W. Bender
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. R. Meyendorf
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. P. Vaitl
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündl. Prüfung: 16. 07. 1987

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Von der "therapeutischen Gemeinschaft"
Übergangswohnheimen und Wohngemeinschaften -
Darstellung der "geistigen Hintergründe" im
historischen Abriß.
 - 2.1. Der Begriff der Deinstitutionalisierung
 - 2.2. Die Deinstitutionalisierung in Beispielen
 - 2.2.1. Die USA
 - 2.2.2. Italien
 - 2.2.3. BRD
 - 2.3. Historische Entwicklung von therapeutischen Gemein-
schaften, Übergangswohnheimen und Wohngemeinschaften
in England.
 - 2.4. Übergangswohnheime und therapeutische Gemeinschaften
in der BRD
3. Wohngemeinschaft Ismaninger Straße 54
 - 3.1. Allgemeine Beschreibung des Projekts
 - 3.2. Voraussetzungen für Aufnahme in Wohngemeinschaft
 - 3.3. Räumliche Verhältnisse
 - 3.4. Kosten und Finanzierung
 - 3.5. Betreuung und Therapie
 - 3.6. Ziele der Wohngemeinschaft
4. Methodische Überlegungen
 - 4.1. Vorgehensweise der Untersuchung, ausgewertete
Materialien, herangezogene Informationen
 - 4.2. Fragestellung
 - 4.3. Statistische Methoden
 - 4.4. Schwierigkeiten und mögliche Fehlerquellen
5. Ergebnisse
 - 5.1. Beschreibung der Stichprobe
 - 5.1.1. Diagnoseverteilung
 - 5.1.2. Altersstruktur

- 5.1.3. Ausbildung und Beruf
- 5.1.4. Sozialer Aufstieg/Abstieg
- 5.1.5. Familienstand
- 5.1.6. Dauer der Hospitalisierung und Anzahl der stationären Aufnahmen
- 5.2. Dauer der Wohnzeit in Wohngemeinschaft
 - 5.2.1. Allgemeine Ergebnisse
 - 5.2.2. Zusammenhänge zwischen soziodemographischen und Krankheitsverlaufsvariablen bei unterschiedlicher Wohnzeit in der Wohngemeinschaft
- 5.3. Einschätzung des mittelfristigen Rehabilitations-
erfolges
 - 5.3.1. Beendigung der Wohngemeinschaftszeit
 - 5.3.2. Wohnsituation nach einem Jahr
 - 5.3.3. Wohnsituation am Stichtag des 1.5.1983
- 5.4. Prognosekriterien für Rehabilitationserfolg in der Wohngemeinschaft abgeleitet aus den Zusammenhängen des Reha-Erfolges mit verschiedenen Merkmalen
- 5.5. Die Auswirkung der Wohngemeinschaft auf Dauer der Hospitalisierung und Anzahl der stationären Aufnahmen
- 6. Diskussion
 - 6.1. Vergleich der Prognoseindikatoren für Reha-Erfolg mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen
 - 6.2. Vergleich der stat. Wiederaufnahmeraten klinikentlassener Patienten mit vorliegender Studie
 - 6.3. Die Verkürzung der Hospitalisierung als entscheidender Effekt eines Wohngemeinschaftsprojektes
 - 6.4. Vergleich der epidemiologischen Daten der vorliegenden Studie mit chronisch psychisch Kranken anderer Institutionen
 - 6.5. Dauerwohngruppen als kostengünstige Alternative zum stationären Aufenthalt
 - 6.6. Zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse
- 7. Zusammenfassung
- 8. Anhang
- 9. Lebenslauf

1. EINLEITUNG

Die vorliegende Studie beschreibt die Erfahrungen einer Wohngemeinschaft von überwiegend chronisch psychotischen Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis; diese Wohngemeinschaft besteht aus sieben männlichen Patienten und existiert in wechselnder Besetzung seit 1972.

In den letzten Jahren ist zum einen durch die Kostenentwicklung im stationären Bereich, zum anderen durch die Ergebnisse der Hospitalismusforschung ein besonderes Interesse an außerklinischen Behandlungsformen von psychiatrischen Patienten entstanden. Die Forderung nach qualifizierter Evaluation von Wohnheimstrukturen ist dabei häufiger, als der Versuch, eine solche zu leisten (Uchtenhagen 1984). Gerade im Bereich psychiatrischer Großanstalten, deren Größe in umgekehrter Relation zu Art und Häufigkeit wissenschaftlicher Beschäftigung mit ihnen steht (Lorenzen 1984) erscheint eine Bestandsaufnahme der solchen Einrichtungen sich zunehmend angliedernden Wohngemeinschaften notwendig.

Interesse an dieser Arbeit war folgendes:

Welche Merkmale (Alter, Diagnose, Hospitalisierung, usw.) beeinflussen den Erfolg der Rehabilitation und lassen sich möglicherweise als Prognoseindikation verwenden? Ist es möglich, durch Strukturen dieser

Art eine bessere Integration von psychisch Kranken zu erreichen, "Anstaltskarrieren" zu verhindern, stationäre Aufenthalte überflüssig zu machen oder zumindest zu verringern und gleichzeitig dem psychisch Kranken im Rahmen seiner Möglichkeiten ein weitgehend selbständiges Leben zu ermöglichen?

Schon Main, der Begründer des Begriffs der "therapeutischen Gemeinschaft" spricht 1946 in seinem Aufsatz: "Das Krankenhaus - eine therapeutische Institution" von der "Infantilisierenden Krankenhausatmosphäre", die er als "feine traditionelle Mischung aus Nächstenliebe und Disziplin" beschreibt und diese "... ist eine erprobte Verfahrensweise, den Patienten ihre Selbstverantwortlichkeit zu nehmen und sie so zu Patienten zu machen".

Er stellt außerdem fest:

" In einem solchen Rahmen werden Gesundheit und psychische Stabilität häufig um den Preis der sozialen Entwurzelung erkaufte" (Main 1946).

Zum "geistigen Hintergrund" der Entwicklung von therapeutischen Wohngemeinschaften sei im folgendem ein historischer Abriß gegeben, mit Beschreibung der "Deinstitutionalisierung" in den USA, Italien, BRD und England.

2. Von der "therapeutischen Gemeinschaft", Übergangswohnheimen und Wohngemeinschaften

In den letzten 30 Jahren haben sich in allen entwickelten Ländern der westlichen Welt Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung ergeben, die von dem Anspruch getragen werden, den psychisch Kranken weitestmöglich in seinem sozialen Umfeld integriert zu lassen. In Deutschland subsummierte man diese Bestrebungen unter dem Begriff "gemeindenahe Psychiatrie" oder einfach Gemeindepsychiatrie (Dörner 1979).

Diese Entwicklung beinhaltete eine Abwendung von den psychiatrischen Großkrankenhäusern als der tragenden Säule der psychiatrischen Versorgung mit der Forderung nach Verkleinerung, Schließung (Beispiel: Italien) der Anstalten, die Aufenthaltsdauer in diesen Einrichtungen nahm mitunter drastisch ab, insbesondere auch nach Einführung der Psychopharmaka (Heinrich 1983). Gleichzeitig wurde der Aufbau von alternativen, gemeindenahen Strukturen der psychiatrischen Versorgung gefordert, in den angelsächsischen Ländern wurde dafür der Begriff der "Deinstitutionalisierung" geprägt (Kraus 1982).

2.1. Die Deinstitutionalisierung in Beispielen

Der Prozeß der Deinstitutionalisierung lief in den einzelnen Ländern unterschiedlich ab, zur Charakterisierung seien hier die Entwicklungen in den USA, Italiens und der BRD gegenübergestellt.

2.1.1. Die USA

Durch den starken ökonomischen Druck der Einzelstaaten als Träger der STATE MENTAL HOSPITALS (Landeskrankenhäuser), die einem weiteren Ausbau die finanzielle Grundlage entzogen, wurden die chronischen psychiatrischen Patienten in den fünfziger Jahren aus den Landeskrankenhäusern in die Gemeinden bzw. in private Pflegeheime entlassen.

Diese Entwicklung war also rein aus Kostenersparnisgründen eingeleitet worden und nicht etwa aus humanitären Erwägungen. Nachdem zu dieser Zeit kaum rehabilitative Einrichtungen für psychisch Kranke bestanden und auch die ambulante psychiatrische Versorgung mangelhaft war, gelang vielen der über lange Zeit hospitalisierten und dann entlassenen Patienten die Wiedereingliederung in die Gemeinden nicht.

Zu Beginn der sechziger Jahre, unter dem Druck wachsender sozialer Spannungen, begann die Bundesregierung erstmalig eine aktive Rolle in der

psychiatrischen Versorgung einzunehmen und fing an, sogenannte Community Mental Health Centres, gemeinde-psychiatrische Zentren aufzubauen. Das Programm dieser Zentren war in erster Linie auf Prävention ausgerichtet und von der Hoffnung getragen, psychiatrische Anstalten überflüssig zu machen.

Dem Anspruch der Prävention widersprach die Notwendigkeit, mit der Hypothek der oben angeführten ehemals chronischen Patienten fertig zu werden, um die sich die Community Mental Health Centres, in Ermangelung anderer Einrichtungen kümmern mußten (Kraus und Rerrich 1982). Sie wurden dadurch zunehmend, ganz entgegen ihren Zielvorstellungen zu einer Mischung aus Rehabilitations-einrichtung und Abweis- und Filterambulanz für die Anstalten.

Zur gleichen Zeit gab es eine Bürgerrechtsbewegung, die sich für die Rechte von psychisch Kranken einsetzte, Zwangseinweisungen erschwerte und das "Right of the Least Restrictive Treatment", also das Recht auf eine psychiatrische Behandlung, die so wenig wie möglich in die Persönlichkeitsrechte des Patienten eingreift, einführte. In vielen Bundesstaaten wurden Ombudsleute ernannt und Beschwerdestellen für psychisch Kranke eingerichtet.

Zusammen mit der oben beschriebenen, hauptsächlich administrativ bestimmten Entwicklung der Verlagerung der chronisch psychiatrischen Patienten in die Gemeinden und dann in die Community Mental Health Centres wirkte

das Engagement der Bürger und Betroffenen entscheidend für den Prozeß der Deinstitutionalisierung.

2.1.2. ITALIEN

In Italien wurde der antiinstitutionelle Kampf aus der Anstalt heraus geführt, insbesondere von den Psychiatern selbst gegen die Kommunen und in der Institution häufig gegen den Widerstand des Pflegepersonals.

Eine entscheidende Rolle dabei spielte der Psychiater Basaglia, der zusammen mit seinen Mitarbeitern 1962 begann, in Görz die dortige Anstalt schrittweise zu öffnen. Dem zugrunde lag ein gesellschaftspolitisch orientierter Krankheitsbegriff, der Krankheit und die damit verbundene "Ausgrenzung" als Umgang der Gesellschaft mit für sie unliebsamen Kräften ansah (Basaglia 1973).

Deinstitutionalisierung bedeutete daher nicht Humanisierung oder Verkleinerung der Anstalten sondern "Negierung" der Institution, Auflösung der Anstalten unter der Vorstellung der "Rückgabe des Wahnsinns an den Ort seines Entstehens" (Basaglia 1973).

Diese Entwicklung war daher im wesentlichen als politische Bewegung zu charakterisieren, die bestrebt war, die breite Öffentlichkeit einzubeziehen und von kritisch-gesellschaftstheoretischen Analysen getragen war (Pirella

1973).

Im Buch "Die negierte Institution" beschreibt Basaglia den Prozeß der schrittweisen Auflösung der Anstalt. Von Anfang an wurde dieser mit den psychiatrischen Patienten zusammen betrieben, wobei anfangs nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft nach Jones (1955) vorgegangen wurde, später nach den Grundsätzen der "Verifica" (Überprüfung) in kollektiven Versammlungen versucht wurde, die "gewaltsamen Anstaltsstrukturen und deren gesellschaftliche Bedingungen zu analysieren, abzubauen und zu überwinden" (Kraus 1982).

Die Patienten erhielten ihre juristische und persönliche Identität wieder (Wiederherstellung der Geschäftsfähigkeit, nach Öffnung der Anstalten "Gästestatus"); zentrale Bedeutung hatte die Zusammenarbeit mit den Gemeinden, insbesondere bei der Einrichtung von Wohngruppen und von ambulanten psychiatrischen Diensten.

Die politischen Auseinandersetzungen der Demokratischen Psychiatrie fanden in wichtigen gesetzlichen Veränderungen ihren Niederschlag.

Das Gesetz Nr. 180 von 1978 sieht die grundsätzliche Freiwilligkeit stationärer psychiatrischer Versorgung vor, Zwangseinweisungen werden durch mehrfache administrative Regelungen erheblich erschwert.

Die stationäre psychiatrische Versorgung wurde in die allgemeine medizinische Versorgung integriert, noch bestehende öffentliche Anstalten sollten innerhalb eines bestimmten



Zeitraumes geschlossen werden. Die Allgemeinkrankenhäuser mußten für die akute psychiatrische Versorgung bis zu 15 Betten einrichten. Gleichzeitig wurde der Ausbau von gemeindenahen Diensten gefordert.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß in Italien die Deinstitutionalisierung zur gesetzlichen Norm geworden ist. Wie diese in der Praxis aussieht, ist regional sehr unterschiedlich und keineswegs optimal, was insbesondere in der mangelnden Bereitstellung von finanziellen Mitteln für die notwendigen gemeindenahen Einrichtungen begründet liegt.

2.1.3 BRD

In der Bundesrepublik Deutschland wurde erst durch den steigenden internationalen Druck eine Reformdiskussion eingeleitet, die WHO begann, Versorgungsstandards zu erarbeiten, denen die BRD größtenteils nicht genügte (Kraus 1982).

Ein Grund für die eher schleppende Entwicklung lag darin, daß die Probleme in den psychiatrischen Anstalten zwar ähnlich wie in den USA und Italien lagen (schlechte Patientenzahlen, Stamm von chronischen Langzeitpatienten), aber doch weniger dramatische Ausmaße hatten. Ursache dafür war - zumindest teilweise - die im Nationalsozialismus stattgefundene "Entlastung" des psychiatrischen Versorgungssystems durch die Ermordung von

ca. 120 000 Kranken (Opielka 1982).

Die tragische Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus wurde völlig tabuisiert, die verbliebenen Vertreter der Psychiatrie zeigten sich gegenüber jeglicher Kritik als sehr empfindlich. Dazu kam, daß die niedergelassenen Nervenärzte eine Monopolstellung in der psychiatrischen Versorgung innehatten, der Ausbau von alternativen Strukturen wurde als Angriff auf standespolitische Kompetenzen und Angst vor materiellen Verlusten bewertet. Dennoch machte die internationale Reformbewegung auch vor der BRD keinen Halt, eine Politisierung der Diskussion wurde jedoch aus oben genannten Gründen vermieden, die Reformdiskussion wurde zur Sache der Experten, was in dem 1975 veröffentlichten "Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" kurz Enquête genannt seinen Niederschlag fand.

Erst 1979 wurde die Enquête im Bundestag behandelt, zu einer Zeit, als die Reformbewegung der späten sechziger und Beginn der siebziger Jahre schon wieder zu Ende war. Inhaltlich war in dem fast 1600 Seiten umfassenden Werk - "ein Markstein in der Entwicklung der "Psychiatrie" (Gaedt 1976) - nach Analysen des Zahlenmaterials über den stationären und ambulanten Psychiatrie- und Kassenarztbereich

u. v. a. die Forderung gestellt nach dem Ausbau alternativer Einrichtungen wie Tag- bzw. Nachtkliniken, Übergangsheimen, Wohnheimen etc., zwei Modellprogramme des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, zur "ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung" (1976 - 1981) und ein "Modellprogramm Psychiatrie (1980)", die beide Versorgungsalternativen von psychisch Kranken zum Inhalt haben, sind in diesem Zusammenhang erwähnenswert.

Auch wenn die Forderungen der Enquete nur in geringem Ausmaß in die Praxis umgesetzt wurden, so wird doch deren Richtigkeit insbesondere auch, was Gemeindenähe und Prävention angeht, immer mehr anerkannt. Damit ist auch die vermehrte Einrichtung von Wohngemeinschaften für psychisch Kranke vorgesehen, nicht zuletzt deshalb, weil es sich um eine kostengünstige Alternative handelt.

Zur Frage, wie es überhaupt zur Idee von therapeutischen Gemeinschaften und Wohngemeinschaften kam, sei die historische Entwicklung der Ursprünge in England kurz aufgezeigt, da diese dort ihren Ausgang nahm.

2.2. HISTORISCHE ENTWICKLUNG VON THERAPEUTISCHEN GEMEINSCHAFTEN, ÜBERGANGSWOHNHEIMEN UND WOHN- GEMEINSCHAFTEN IN ENGLAND

Vorformen der therapeutischen Gemeinschaft findet man bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts, ihre eigentliche Entwicklung hat jedoch ihre Wurzeln in der Armeepsychiatrie des 2. Weltkrieges und der Nachkriegszeit. In Großbritannien wurden zu dieser Zeit an mehreren Stellen gleichzeitig gemeinschaftstherapeutische Ansätze entwickelt. Es handelte sich dabei um die experimentelle Entwicklung von Reformansätzen durch Bion, Main und Foulks im Northfield Hospital bei Birmingham und um Konzeptionen, die von Jones in Mill Hill bei London und im Dartford Hospital entwickelt wurden (Hilpert 1981).

Dabei waren ökonomische Zwänge - wenig Personal, viele Patienten - und die besonderen Erfordernisse des Krieges entscheidend, daß das Interesse an der Gruppe vor dem Individuum in den Vordergrund rückte. Main (1977) drückte es in seiner Beschreibung der Arbeit im Northfield Hospital, dem damals größten britischen Militärkrankenhaus für psychisch kranke Soldaten so aus:

"Auch ökonomische Zwänge nötigten den Psychiater, die Gruppe stärker zu beachten. Es gab viele Soldaten, aber wenige Psychiater" (Main 1977).

Dem Psychiater kam insbesondere die Aufgabe zu, die "Kampfmoral" und "Gruppenmoral" zu stärken, die "Effizienz" zu erhalten (Main 1977).

Der am meisten bekannte Vertreter, der unter dem Begriff "therapeutische Gemeinschaft" zusammengefaßten Arbeitsweise ist Maxwell Jones. Zwischen 1940 - 1947 sammelte er erste Erfahrungen bei der Therapie von vorwiegend herzneurotisch erkrankten Soldaten in Mill Hill bei London und im Zusammenhang mit der Rehabilitation von Kriegsgefangenen im Dartford Hospital. Damals begann Jones, mit den Kranken Versammlungen abzuhalten (die später Basaglia als Vorbild dienten), zunächst vorwiegend pädagogisch orientiert, u. a., um den Patienten Aufklärung über ihre Krankheiten zu geben. Er wendete Psychodramatechniken nach Moreno an, ihn beeindruckte besonders die "potentielle Macht einer Gruppe von gleichgestellten Patienten" (Jones 1976).

In Dartford ging es um die Rehabilitation von ehemaligen britischen Armeeangehörigen, die nach jahrelanger Kriegsgefangenschaft der sozialen Eingliederung bedurften. Probleme wie Arbeitsbeschaffung und Wiedereingliederung standen dabei im Vordergrund, weniger intrapsychische Schwierigkeiten einzelner Individuen. Jones schreibt, er habe "ein einziges therapeutisches Ziel, nämlich die Anpassung des Individuums an die sozialen Umstände und die

Arbeitsverhältnisse außerhalb der Klinik ohne jegliches ehrgeiziges psychotherapeutisches Programm" (Jones 1976).

Er betrachtete "soziale Faktoren als bedeutsamste Determinanten psychischer Erkrankungen".

Insgesamt sahen die Vertreter der therapeutischen Gemeinschaft ihren Ansatz als Teil einer sozialen Bewegung, nicht nur als therapeutische Technik.

Sie erhofften die Auflösung hierarchischer Strukturen, hinterfragten das medizinische Krankheitsmodell und forderten die Formulierung sozialpsychiatrischer Konzepte (Hergrüter 1982).

In den sechziger Jahren gerieten sie zunehmend unter Beschuß der Antipsychiater, die in den therapeutischen Gemeinschaften und Übergangwohnheimen Instrumente der Anpassung an repressive gesellschaftliche Verhältnisse sahen und deren Auflösung forderten. Auch sie richteten Wohngemeinschaften ein, die den psychisch Kranken größtmögliche Freiräume zur Verfügung stellen sollten, verbunden mit dem Verzicht auf therapeutische und rehabilitative Zielsetzungen (Hergrüter 1982).

Diese wurden jedoch von öffentlichen Geldern nicht unterstützt. Auf gesetzlicher Grundlage wurden ab 1959 Übergangwohnheime eingerichtet, der 1959 verabschiedete MENTAL HEALTH ACT stellte den rechtlichen und finanziellen Rahmen für den Aufbau gemeindenaher Übergangseinrichtungen dar.

Diese hatten gegenüber den klassischen therapeutischen Gemeinschaften, welche vorher nur in Verbindung mit psychiatrischen Kliniken existierten, den Vorteil, aufgrund ihrer Gemeindenähe den Patienten nicht aus seiner ursprünglichen sozialen Umgebung herauszureißen und so seine gesellschaftliche Wiedereingliederung zu erleichtern, außerdem wurde die Berufstätigkeit der Bewohner angestrebt. Dies gewährleistete nicht nur besser die berufliche Rehabilitation, sondern senkte auch die Kosten für die Gemeinde, da die Bewohner entsprechend der Höhe ihres Lohnes einen entsprechenden Betrag für ihre Unterhaltskosten abführten.

2.3. ÜBERGANGSWOHNHEIME UND THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFTEN IN DER BRD

Die ersten therapeutischen Gemeinschaften entstanden in den 60er Jahren und existierten vorwiegend als Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern, z. B. Veltin 1965 in Güterloh, Häfner 1966 in Heidelberg (Hergrüter 1982). Diese waren häufig vom Engagement einzelner Personen abhängig, eine sozialpsychiatrische Bewegung wie in England gab es nicht. Nicht so sehr politische Forderungen standen im Vordergrund als vielmehr therapeutische Zielsetzungen. Erst Mitte der 70er Jahre entstanden in der BRD in größerem Ausmaß therapeutische Wohngemeinschaften, Übergangswohnheime und Wohngruppen. Diese orientierten

sich teilweise an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, teilweise jedoch auch an anderen Konzepten bzw. waren ganz pragmatisch.

Ähnlich wie in England wurde auch hier eine Eigenbeteiligung der Klienten an den Unterhaltskosten entsprechend der Höhe ihres Einkommens gefordert.

Die gesetzliche Grundlage zum Aufbau solcher Einrichtungen entstand durch die dritte Novellierung des BSHG (1975), sowie der Neufassung des BSHG vom 01.01.76, worin festgelegt wurde, auch psychisch behinderte Personen in die Sozialgesetzgebung miteinzubeziehen. Eingliederungshilfe wurde dadurch zur "Muß-Leistung", während sie vorher im Ermessen des Sozialhilfeträgers lag. Das Ziel der Übergangseinrichtungen wird von der Stiftung Rehabilitation Heidelberg folgendermaßen formuliert:

"Die möglichst weitgehende und dauernde Eingliederung in Arbeit und Beruf gilt dabei als Basis für die gesellschaftliche Eingliederung" (Stiftung Rehabilitation Heidelberg Teil II 1979). Sie hat damit eindeutig rehabilitativen Charakter.

3. Wohngemeinschaft Ismaninger Straße 54

3.1. Beschreibung des Projekts

Die Wohngemeinschaft in der Ismaninger Straße 54 existiert in wechselnder Besetzung seit Februar 1972, sie besteht aus sieben männlichen Patienten und war

ursprünglich für einen Personenkreis von chronisch psychisch Kranken aus dem schizophrenen Formenkreis und Zykllothymie vorgesehen. Diese Patientengruppe macht, wie im nachfolgenden dargestellt, 2/3 der Bewohner aus. Die Wohnung befindet sich im Stadtteil München Bogenhausen im 2. Stock eines dreistöckigen Wohnblocks, der um die Jahrhundertwende erbaut wurde. Das Haus wird inklusive der Wohngemeinschaft von acht Mietparteien bewohnt, es bestehen, wie in der Großstadt häufig üblich, keine sehr ausgeprägten Kontakte untereinander.

Bis zum Stichtag des 01.05.1983 haben in dieser Wohngemeinschaft 48 Personen gelebt, eine genaue Beschreibung dieser Stichprobe bezüglich Diagnosen, Wohnzeit, Alter und vieler anderer Variablen findet sich im Kapitel 5 (siehe dort).

Im Anhang sind mit freundlicher Genehmigung von Frau Dr. Gaßner vom Sozialdienst des Bezirkskrankenhauses Haar Originalien abgelichtet, die Aufschluß geben über räumliche Bedingungen, Zielvorstellungen über Wohngemeinschaften für psychisch Kranke, Aufnahmebedingungen, Betreuung, Art der Finanzierung, Hausordnung und Nutzungsvertrag.

3.2. VORAUSSETZUNGEN FÜR AUFNAHME IN WOHNGEMEINSCHAFTEN

Bei den Bewohnern handelt es sich (bis auf einzelne Ausnahmen) um ehemalige Patienten aus dem BKH Haar, wobei angestrebt wird, daß vor dem Einzug in die WG ein teilstationärer Aufenthalt in der Tag- und Nachtklinik vorausgeht.

Voraussetzung für die Aufnahme ist ein Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft, der einzelne Bewohner muß sich regelmäßig bei einem niedergelassenen Facharzt seiner Wahl vorstellen (bezüglich Betreuung und Therapie vergleiche 3.5).

Alkoholiker und andere primär Suchtkranke finden grundsätzlich keine Aufnahme. Ein sekundärer Alkohol- oder Tablettenmißbrauch bei eindeutigem Dominieren einer anderen psychischen Erkrankung stellt dagegen keinen Hinderungsgrund für die Übernahme dar. Besondere Voraussetzungen im Hinblick auf das Alter, den Beruf oder den Bildungsstand sind nicht gegeben. (Vergleiche Anhang S. I VORSTELLUNGEN ÜBER WOHNGEMEINSCHAFTEN ÜBER PSYCHISCH KRANKE, Punkt 3).

Die Entscheidung darüber, ob ein Patient in die Wohngemeinschaft übernommen wird, liegt bei der ärztlichen Leiterin des Sozialdienstes, welche in der Regel den Beschluß in Rücksprache mit dem Team (Arzt, Sozialarbeiter und Fachpfleger) der Station faßt, die den Patienten nach Entlassung aus der stationären Behandlung für die Wohngemeinschaft vorschlägt.

3.3. RÄUMLICHE VERHÄLTNISSE

Die Wohnung hat 133 qm, und ist wie folgt aufgeteilt: 2 Einzelzimmer, 1 Zweibettzimmer, 1 Dreibettzimmer, 1 Wohnzimmer, 1 Küche, 1 Bad sowie ein Büro, letzteres ist für die Bewohner nicht zugänglich.

(Vergleiche Anhang WOHN-GEMEINSCHAFTEN DES BKH HAAR

1. Wohngemeinschaft Ismaninger Straße 54 S. III).

3.4. KOSTEN UND FINANZIERUNG

Die Kosten betragen pro Wohnplatz zwischen 160 und 210 DM (Stand 1984) wobei in diesem Betrag neben dem Mietanteil auch die Reinigung der gesamten Wohnung durch eine Putzfrau einmal pro Woche, der Strompreis sowie ein Leasing der Bettwäsche enthalten sind. Die Preisdifferenz entsteht durch die verschiedenen Belegungshäufigkeiten der Räume, Einzelzimmer sind in der Regel teurer als mehrfach belegte Zimmer, daneben werden Einkommensunterschiede bei der Berechnung der Miete berücksichtigt. Die Kosten werden von den Bewohnern selbst getragen (Vergleiche Anhang WOHN-GEMEINSCHAFT DES BKH HAAR und Punkt der Kosten und Finanzierung).

3.5. BETREUUNG UND THERAPIE

Die medikamentöse Behandlung der Bewohner wird ausschließlich durch einen niedergelassenen Nervenarzt nach Wahl durchgeführt, jeder Patient ist verpflichtet, diesen regelmäßig aufzusuchen. Für die zusätzlichen Therapieangebote des Sozialdienstes des BKH Haar besteht keine Teilnahmepflicht. Die zusätzliche Betreuung sieht so aus, daß jeden Dienstag und

Donnerstag von 17 bis 19 Uhr im Rahmen einer Sprechstunde für ambulante nachbetreute Patienten die Wohngemeinschaft von einem Arzt des Sozialdienstes aufgesucht wird. Hier sollen dann "die anfallenden Probleme untereinander in der Wohngemeinschaft, Probleme am Arbeitsplatz und des täglichen Lebens besprochen werden". (Vergleiche Anhang VORSTELLUNG ÜBER WOHN- GEMEINSCHAFTEN, Punkt 3). Der Patient hat außerdem die Möglichkeit, in Form eines Einzelgespräches persönliche Probleme zu besprechen. Jeden Sonntagnachmittag findet ein 2stündiges gemeinsames Kaffeetrinken statt, wobei die Betreuung abwechselnd von einem Arzt oder einem Sozialarbeiter übernommen wird. Es besteht außerdem das Angebot, sich dem Patientenclub "Club 69" für ehemalige Patienten aus dem BKH anzuschließen. Im Rahmen dieses Clubs gibt es jeden 1. und 2. Montag im Monat von 18 Uhr bis 20 Uhr ein "geselliges Zusammensein" in einem Münchner Gasthof. Jeden 3. Samstag im Monat wird ein Ganztagsprogramm durchgeführt (z. B. Ausflüge mit dem Bus, Wanderungen, Museumsbesuche etc.), jeden 4. Montag findet von 16 Uhr bis 18 Uhr ein Treffen in einem bekannten Münchner Kaffeehaus statt.

Nach Hägebart entspricht die Organisationsform der Wohngemeinschaft einer "ambulanten Wohngruppe" mit Hilfestellung der sozialintegrativen Funktionen des gemeinschaftlichen Wohnens, wobei eine professionelle

Betreuung von außen erfolgt.

Therapeutische Angebote können wahrgenommen werden, es besteht jedoch keine Verpflichtung dazu (Haegebart 1975).

3.6. ZIELE DER WOHNGEMEINSCHAFT

Die Wohngemeinschaft wird als "Endglied in einer R habilitationskette" angesehen mit dem Ziel der Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft. Endziel ist der "Absprung zu einem selbständigen Leben" (Vergleiche Anhang VORSTELLUNGEN ÜBER WOHNGEMEINSCHAFTEN, Punkt 12, S. I), d. h., auch Auszug und Leben in einer eigenen Wohnung, wobei die Wohngemeinschaft als Übergangseinrichtung und Vorbereitung dienen soll. Für die anderen, die den Absprung nicht schaffen, soll die Wohngemeinschaft durch die fehlende zeitliche Limitierung auch als Dauerlösung, d. h., relativ selbständiges Leben in geschütztem Rahmen gelten.

Wie bereits angeführt, sollte dem Einzug ein teilstationärer Aufenthalt in der Tag- und Nachtklinik vorausgehen im Sinne der Rehabilitationskette vollstationär, teilstationär, Wohngemeinschaft (Vergleich Anhang DIE GEWÜNSCHTE BEANTWORTUNG, Punkt b, S. II).

4. METHODISCHE ÜBERLEGUNGEN

4.1. VORGEHESNWEISE DER UNTERSUCHUNG

Als Stichtag wurde willkürlich der 1.5.1983 festgesetzt, von diesem Stichtag erhebt die Studie retrospektiv ihre Daten. Über das Leben in der Wohngemeinschaft gibt es leider keine genaue Dokumentation, es wurde lediglich eine "Minimalstatistik" geführt mit Namen des Bewohners, Geburtsdatum, Arbeitsstelle, Tag des Einzugs in die Wohngemeinschaft, Tag des Auszugs und Verbleib nach dem Auszug. Wesentlich stützt sich die Untersuchung auf das Studium der Krankenakten der Bewohner über stationäre Aufenthalte im BKH Haar. Diese wurden nach bestimmten Gesichtspunkten untersucht:

- Diagnosen
- Alter beim Erkrankungsbeginn, beim Einzug in die WG, beim Stichtag.
- Einlieferungsgrund
- Sozialverhalten
- Pflegeschaft
- Medikamentöse Therapie (jeweils genaue Art und Dosis der Entlassungsmedikation)
- Anzahl der stationären Aufnahmen (insgesamt):
bezogen auf den Beobachtungszeitraum in Monaten
vor der Wohnzeit in der WG
nach der Wohnzeit in der WG
- Dauer der Hospitalisierung in Monaten, bezogen auf

den Beobachtungszeitraum in Monaten insgesamt:

vor der Wohnzeit in WG
nach der Wohnzeit in WG

- Erlerner Beruf
- Ausgeübte Tätigkeit
- Schulbildung
- Berufstand der Eltern
- Familienstand
- Dauer der Wohnzeit in WG
- Rekrutierung der Bewohner für die WG
 - vorher stationär
 - Tag/Nacht-Klinik,
 - andere Einrichtungen.

Bei den Merkmalen Beruf und Schulbildung wurden Rangskalen aufgestellt (vergleiche dort), ansonsten Häufigkeitstabellen erstellt.

Das Sozialverhalten vor Einzug in die Wohngemeinschaft wurde nach der Global Assessment Scale (GAS) durch einen Punktwert zwischen 1 und 100 ausgedrückt. Dabei ist anzumerken, daß die Beschreibungen des Sozialverhaltens im Grunde nur sehr eingeschränkt vorliegender Bewertungsskala zugeordnet werden können, bei 8 Patienten (16,6 %) fehlt jegliche Beurteilung. Ein Punktwert zwischen 1 - 10 bedeutet beispielsweise, daß der Patient ständige Überwachung braucht, um Selbst- oder Fremdbeschädigung zu verhindern, bzw. daß er keinerlei Versuche unternimmt, ein Minimum an Körperpflege aufrechtzuerhalten. Ein Punkt

100 heißt, daß jemand in einem weiten Bereich von Aktivitäten ausgezeichnet zurechtkommt. Als Erfolgsparameter wurde der Verbleib der Bewohner nach Auszug aus der Wohngemeinschaft bewertet, wobei das Wohnen in einer eigenen Wohnung oder mit Partnerin am höchsten bewertet wurde (= 1 Punkt), das Leben bei den Eltern oder ein teilstationärer Aufenthalt mit 0,5 Punkten und ein erneuter stationärer Aufenthalt oder die Unterbringung in einem Altenheim mit 0 Punkten. Nachdem sich dieser "Rehabilitationserfolg" aus 3 Werten zusammensetzt (direkt nach dem Auszug aus der Wohngemeinschaft, ein Jahr danach und am Stichtag des 1.5.83), war ein höchster Wert von 3 bzw. ein niedrigster von 0 zu erreichen. Dieser Parameter wurde mit den verschiedenen Variablen in Verbindung gesetzt und auf Signifikanz überprüft. Ebenso wurden die Zusammenhänge zwischen der Dauer der Wohnzeit in der Wohngemeinschaft mit den verschiedenen soziodemographischen und Krankheitsverlaufsvariablen untersucht.

4.2. FRAGESTELLUNG

Es sollte untersucht werden, welche soziodemographischen und Krankheitsverlaufsvariablen von besonderer Bedeutung für den Rehabilitationserfolg sind.

Vermutet wurde, daß Patienten, die schon sehr lange krank und häufiger und länger hospitalisiert waren

eine schlechtere Prognose hätten (vergleiche Ciompi 1978 und Hodel 1979). Bezüglich der Diagnosenstellung gingen wir davon aus, daß Psychotiker eine schlechtere Prognose hätten als Patienten mit anderen Diagnosen. Was den Beruf, Schulbildung und Beruf der Eltern anging, meinten wir, daß eine höhere Qualifikation und ein besserer sozialer Status die Prognose positiv beeinflußt. Wir vermuteten außerdem einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Wohnzeit in der Wohngemeinschaft und dem Rehabilitationserfolg, indem wir meinten, daß weder Patienten mit sehr kurzer Wohnzeit (· 3 Monate, sog. Frühabbrecher) noch Patienten mit sehr langer Wohnzeit (· 3 Jahre) eine gute Prognose hätten. Es wurde vermutet, daß der Erfolg, ein selbständiges Leben zu führen dann am wahrscheinlichsten ist, wenn die Wohngemeinschaft als Übergangseinrichtung (d. h. mittlere Wohnzeit) angesehen wird. Wir hofften außerdem, daß die Anzahl und Dauer der Hospitalisierungen nach Auszug aus der WG im Vergleich zu vorher rückläufig sei. Wie im Ergebnisteil angegeben ist, konnten nicht alle Vermutungen bestätigt werden (vergleiche dort).

4.3. STATISTISCHE METHODEN

Die Ergebnisse wurden in Basisdaten (Häufigkeiten, Prozentwerte, Mittelwerte, Streuung, Extremwerte) zusammengefaßt. Die Überprüfung auf Signifikanz er-

folgte, dem Skalenniveau entsprechend, durch parameterfreie Prüfverfahren mit Hilfe des U-Tests nach Mann u. Whitney bzw. durch Kontingenztabellen. Als Irrtumswahrscheinlichkeit wurde 5 % gewählt. Es wurden außerdem Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson-Bravais berechnet, die Prüfung auf Signifikanz erfolgte mit Hilfe einer Tafel für die Minimalgrößen signifikanter Korrelationskoeffizienten (Hofstätter, Wendt 1974).

4.4. SCHWIERIGKEITEN UND MÖGLICHE FEHLERQUELLEN

Informationen über den Verbleib der Patienten nach Auszug aus der Wohngemeinschaft nach einem Jahr und länger waren über den Sozialdienst Haar zu erfahren oder aber bei erneuter stationärer Aufnahme über die Krankenakten. Demzufolge waren keine Informationen zu erhalten über Patienten, die nicht mehr mit dem Sozialdienst in Verbindung standen (Patientenclub oder Hausbesuche) bzw. die nicht mehr im Bezirkskrankenhaus Haar aufgenommen wurden. Leider war es nicht erlaubt, mit den Bewohnern Interviews durchzuführen, dieses wurde so begründet, daß der Patient ein "freier Mensch" sei und daß es deshalb nicht mehr Dokumentation als unbedingt notwendig geben solle. Taucht ein ehemaliger Bewohner nach seinem Auszug aus der Wohngemeinschaft nicht mehr in den Krankenakten auf und besteht kein Kontakt mehr zu dem Sozialdienst, so wäre theoretisch möglich, daß er

München verlassen hat und in einer anderen Stadt zur stationären Aufnahme gekommen ist. Dieser Umstand kann als mögliche Artefaktquelle gelten, die aus o. g. Gründen - Verzicht auf direkte Befragung und mangelhafte Dokumentation - zustande kommt.

5. ERGEBNISSE

5.1. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Wie bereits o. a. lebten im angegebenen Zeitraum 48 Pat. in der Wohngemeinschaft.

5.1.1. DIAGNOSENVERTEILUNG

Zur Feststellung der Diagnosen wurden die ärztliche Aufnahme- und Entlassungsdiagnose benutzt, überwiegend nach ICD Klassifikation der 5. Auflage, 9. Revision. Zusammengefaßt sind von 48 Patienten 30 Patienten der Gruppe der sog. endogenen Psychosen (62,5 %) zuzuordnen, andere Diagnosen wie Alkoholiker, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, abnorme Erlebnisreaktionen und andere machen 18 (37,5 %) der Stichprobe aus (vergleiche hierzu Tabelle 1). Von den 30 Psychotikern sind 28 schizophren (58,3 %) ICD Nr. 295, Zykllothymien machen 4,2 % (ICD Nr. 296) aus. Bei den übrigen 18 Nichtpsychotikern stehen vor allem Störungen in der Persönlichkeitsstruktur ICD 301, paranoide Syndrome ICD 297, 198, Neurosen ICD 300, Anpassungsstörungen im Sozialverhalten ICD 312 und

ähnliches im Vordergrund der Diagnose. Bei 19 (39,6 %) bestand zumindest zeitweise ein sekundärer Alkoholmißbrauch (ICD Nr. 305. 0). (Vergleiche Tabelle 2 und 3).

Tab. 1

Diagnosenverteilung

Schizophrenien	: 28	(34)
andere Psychosen	2	
Alkoholiker		
Neurosen		18
Persönlichkeitsstörungen		
Abnorme Erlebnisreaktion u. a.		

Tab. 2

Diagnosenverteilung bei Mehrfachnennung

Schizophrenien:	34
Persönlichkeitsstörungen:	17
Alkoholismus/Delir/ Drogenabhängigkeit:	19
Neurosen:	2
Psychogene Reaktion:	7

Tab. 3

Diagnoseverteilung

Schizophrenien	: 28	(34)
andere Psychosen	2	
Alkoholismus, Delir, Drogenabhängigkeit	: 19	
Persönlichkeitsstörungen	: 16	(17) ⁺
Psychogene Reaktion	7	
Neurosen	2	
Schwachsinn	3	
andere	6	

⁺) Die Zahlen in Klammern bedeuten die Anzahl der Diagnosenennungen überhaupt, d. h. , ein Patient hat z. B. zwei verschiedene Schizophrenieformen

Nur 19 Patienten (39,6 %) erhielten eine Diagnose, 71,3 % der Patienten, nämlich 29, erhielten zwischen 2 und 6 Diagnosen (vergleiche Tabelle 4)

Tab. 4:

Anzahl der Diagnosen pro Patient

Einfachdiagnosen	19
2 Diagnosen	22
3 - 6 Diagnosen	7

5.1.2. ALTERSSTRUKTUR

Beim Eintritt in die Wohngemeinschaft ist der jüngste Patient 21 Jahre, der älteste Patient 58 Jahre, Das Durchschnittsalter beträgt ca. 34,8 Jahre ($S = 9,4$). Bei einer Gliederung in Jahresdekaden ergibt sich folgende Verteilung: 19 Patienten zwischen 30 und 39 Jahren, 7 Patienten (14,6 %) zwischen 40 und 49 Jahren und 5 Patienten (10,4 %) zwischen 50 und 59 Jahren alt (Vergleiche Tabelle 5).

Tab. 5:

Altersstruktur zum Zeitpunkt des Eintritts in die WG

20 - 30 J.	30 - 40 J.	40 - 50 J.	50 - 60 J.
19	17	7	5

jüngster Patient: 21 Jahre

ältester Patient: 58 Jahre

$\bar{x} = 34.8$ J.

$s = 9.4$

$N = 48$

Beim ersten stationären Aufenthalt ist der jüngste Patient, was als indirekter Parameter für den Beginn der Erkrankung gewertet werden kann, 18 Jahre alt, der älteste 58 Jahre. Bei Untergliederung in Jahresdekaden kommen die meisten Patienten im Alter zwischen 20 und 29 Jahren zur stationären Aufnahme (insgesamt 26, d. h. 54,2 %). Der Mittelwert ist 27,4, $S = 8,6$. (Vergleiche Tabelle 6 u. Abb. 1 u. 2).

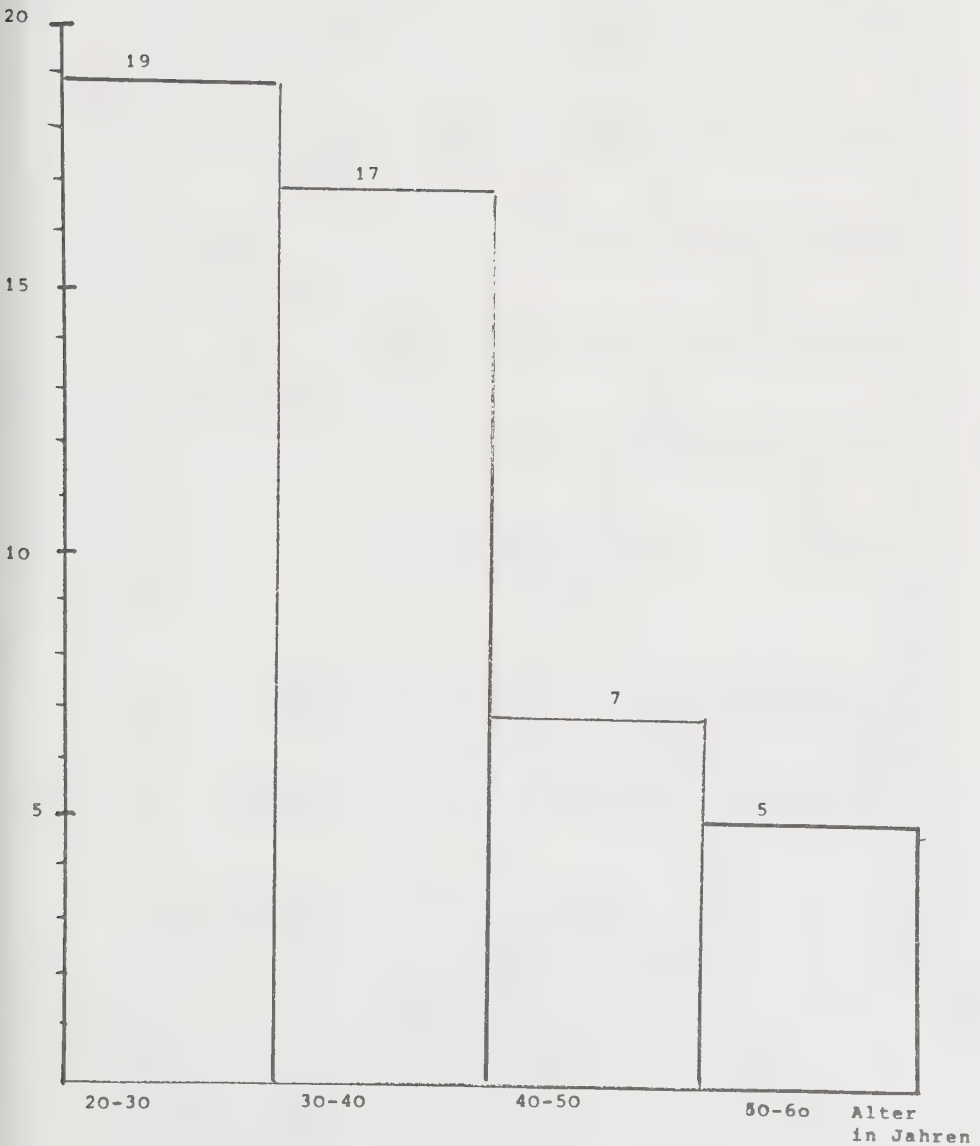
Tab. 6:1. Stationärer Aufenthalt

10 - 15 J.	0	35 - 39 J.	2
15 - 19 J.	6	40 - 44 J.	1
20 - 24 J.	15	45 - 49 J.	1
25 - 29 J.	11	50 - 54 J.	1
30 - 34 J.	10	> 55 J.	1

ALTERSVERTEILUNG ZUM ZEITPUNKT DES EINTRITTS IN WG
NACH DER HÄUFIGKEIT

Abb. 1

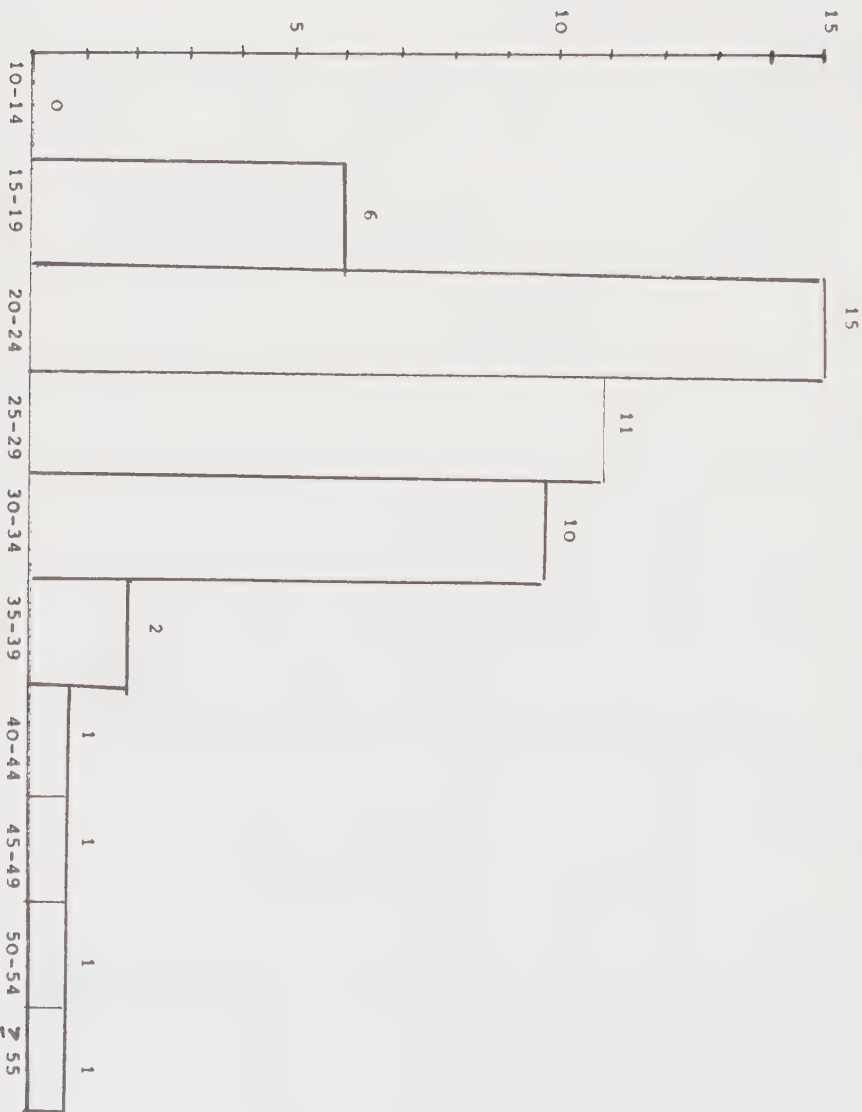
Anzahl der
Personen



ALTERSSTRUKTUR BEIM ERSTEN STATIONÄREN AUFENTHALT Anzahl d. Pers.

- 30 -

Abb. 2



Alter in
Jahren

1.3. AUSBILDUNG UND BERUF

Im Hinblick auf den Schulabschluß weisen 6 Patienten (12,5 %) lediglich einen Sonderschulabschluß oder einen vorzeitigen Abbruch der Hauptschule auf. 21 Patienten (43,7 %) ist der Abschluß der Hauptschule, 10 % (20,8 %) der Abschluß der Mittleren Reife und 11 Patienten (23 %) der Abschluß eines Gymnasiums mit Bestehen des Abiturs gelungen (Vergleiche Tabelle 7).

Schulbildung

1 = Sonderschule

2 = Volksschule abgebrochen

3 = Volksschule abgeschlossen

4 = Realschule oder Oberschule vor 10. Klasse abgebrochen

5 = Mittlere Reife

6 = Oberschule nach 10. Klasse abgebrochen

7 = Abitur

Tab. 7

	1	2	3	4	5	6	7	N
Anzahl der Patienten	2	4	19	2	7	3	11	48

Die Berufsausbildung der Patienten gliedert sich auf in 27 (56,3 %) ohne abgeschlossene Berufsausbildung, darunter 7 (14,6 %) mit abgebrochenem Hochschulstudium und 21 (43,7 %) mit abgeschlossener Berufsausbildung, darunter 2 Patienten (4,2 %) mit abgeschlossenem Hochschulstudium (Vergleiche Tabelle 8 - 10)

Tab. 8

Erlernerter Beruf des Patienten

	0	1	2	3	4	5	6	N
Anzahl der Patienten	5	7	8	16	1	7	2	48

Schlüssel:

Berufsausbildung

0 = Unbekannt oder noch in Ausbildung

2 = keine

3 = Lehre abgebrochen

4 = Lehre abgeschlossen

4 = Graduiertenstudium abgebrochen

5 = Hochschulstudium abgebrochen

6 = Hochschulstudium abgeschlossen

Erlerner Beruf

- 0 = unbekannt oder nicht klassifizierbar oder ohne
 1 = ungelernter Arbeiter (z. B. Lagerarbeiter, Müll-
 abführ, Straßenkehrer)
 2 = gelernter Arbeiter (in anerkanntem Anlernberuf)
 (z. B. Lagerist, Kranführer, Heizer, Pförtner, Maschinist)
 3 = Facharbeiter (z. B. Maurer, Schreiner, Friseur)
 4 = Meister, Polier, Vorarbeiter (gleichgültig ob Arbeiter,
 Angestellter oder Beamter)
 5 = Angestellte (Techn. Angestellt, Kfm. Angestellte, Angest.
 im öffentlichen Dienst, Buchhalter, Programmierer)
 6 = Beamte (Polizeibeamter, Verwaltungsbeamter)
 7 = Selbständig (Kaufmann mit eig. Geschäft, Landwirt,
 Transportunternehmer)
 8 = Akademiker (z. B. Arzt, Dipl. Ingenieur)

Tab. 9

0	1	2	3	4	5	6	7	8
10	3	1	18		15			5

Ausgeübte Tätigkeit

Schlüssel: s. o.

9 = keine

0	1	2	3	4	5	6		8	9
1	21	9			5			2	5

Beruf der Eltern

Schlüssel s. o.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
12	4	1	4	4	4	3	9	7

5.1.4. SOZIALER AUFSTIEG/ABSTIEG

Bei den folgenden Angaben über die frühere Berufsausübung ist bei jedem Patienten die höchste Stufe seiner beruflichen Karriere angegeben. Diese hatte er häufig lange vor der Manifestation der psychischen Krankheit in seinem Leben inne. 12 Patienten (25 %) waren schon immer ohne regelmäßig ausgeübten Beruf, 8 Patienten (16,7 %) hatten als Hilfskräfte gearbeitet, 16 Patienten (33,3 %) mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung im Sinne eines Facharbeiters arbeiteten in einfachen handwerklichen oder kaufmännischen Berufen, 10 Patienten (20,8 %) waren hochqualifizierte Facharbeiter und übten anspruchsvolle handwerkliche oder kaufmännische Tätigkeiten aus. Schließlich wiesen 2 Patienten (4,7 %) Berufe auf dem Fachschulniveau auf (vergleiche Tabelle 10, außerdem Tabelle 8 und 9). Bei einem Vergleich der beruflichen Tätigkeiten während der Wohngemeinschaftszeit und dem ausgeübten Beruf vor dem Manifestwerden der psychischen Erkrankung ist es bei 2 Patienten (4,2 %) zu einem Aufstieg, bei 19 Patienten (39,6 %) zu einem Abstieg und bei 22 Patienten (45,8 %) zu keiner Veränderung des beruflichen Status gekommen (vergleiche Tabelle 12).

Tab. 12

Ausgeübter Beruf des Patienten im Vergleich zu erlerntem Beruf

	Aufstieg	Abstieg	gleich	unklar	N
Anzahl d. Pat.	2	19	22	5	48

Bei einem Vergleich der beruflichen Tätigkeit des Patienten im Vergleich zum Beruf der Eltern (meist Vater) ist es bei 5 Patienten (10,4 %) zu einem Aufstieg, bei 23 Patienten (47,9 %) zu einem Abstieg gekommen, bei 6 Patienten (12,5 %) kam es zu keiner Statusänderung, 14 Patienten (29,1 %) ließen sich nicht sicher einordnen (vergleiche Tabelle 13).

Tab. 13

Sozialer Aufstieg/Abstieg

Erlerner Beruf des Patienten im Vergleich zu Beruf der Eltern (meist Vater)

	Aufstieg	Abstieg	gleich	unklar	N
Anzahl d. Pat.	5	23	6	14	48

5.1.5. FAMILIENSTAND

Beim Familienstand zum Zeitpunkt der Wohnzeit in der Wohngemeinschaft zeigte sich, daß 38 Patienten (79,2 %) ledig, 3 Patienten (6,2 %) geschieden und 7 Patienten (14,6 %) verheiratet waren, wobei jedoch die Ehefrau in jedem Falle getrennt von ihrem Mann in einer eigenen Wohnung lebte.

Tab. 14

Familienstand zum Zeitpunkt der Wohnzeit in WG

0 = ledig
1 = verheiratet
2 = geschieden

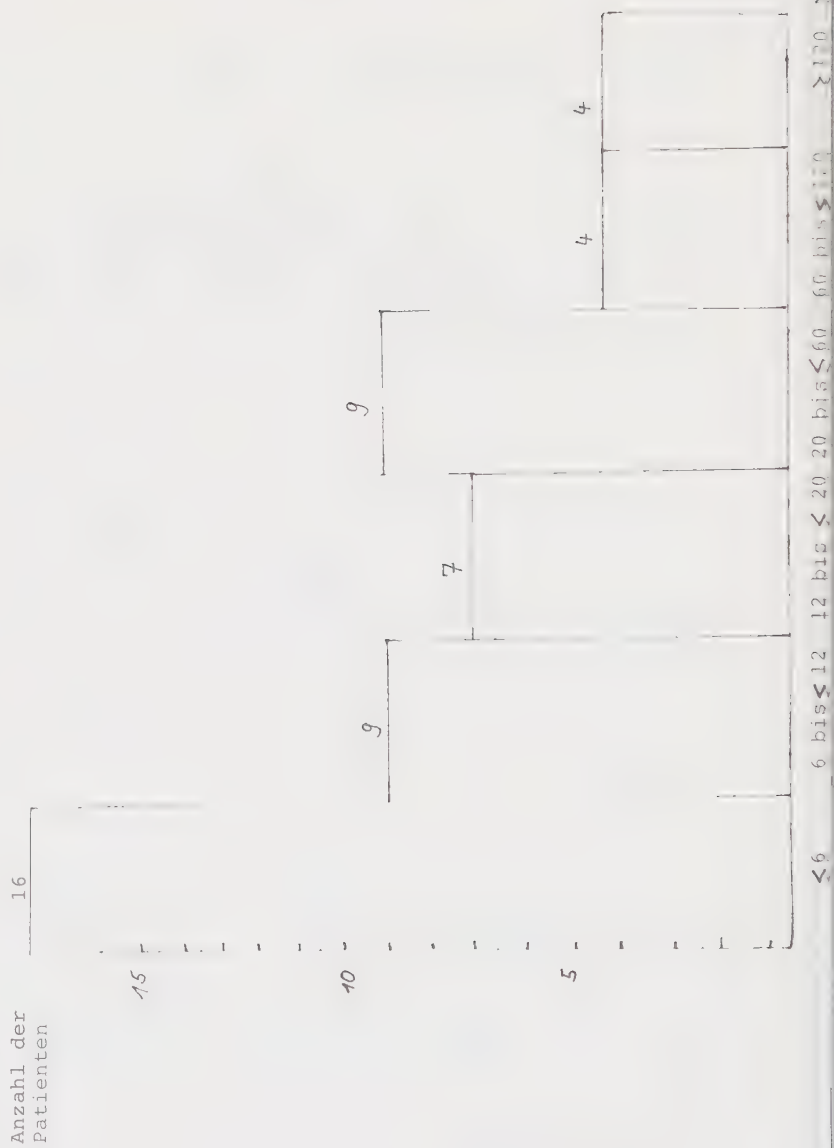
0	1	2
38	3	7
x_1	x_2	

$x_1 = 2$ haben später geheiratet,
 $x_2 = 1$ wurde später geschieden

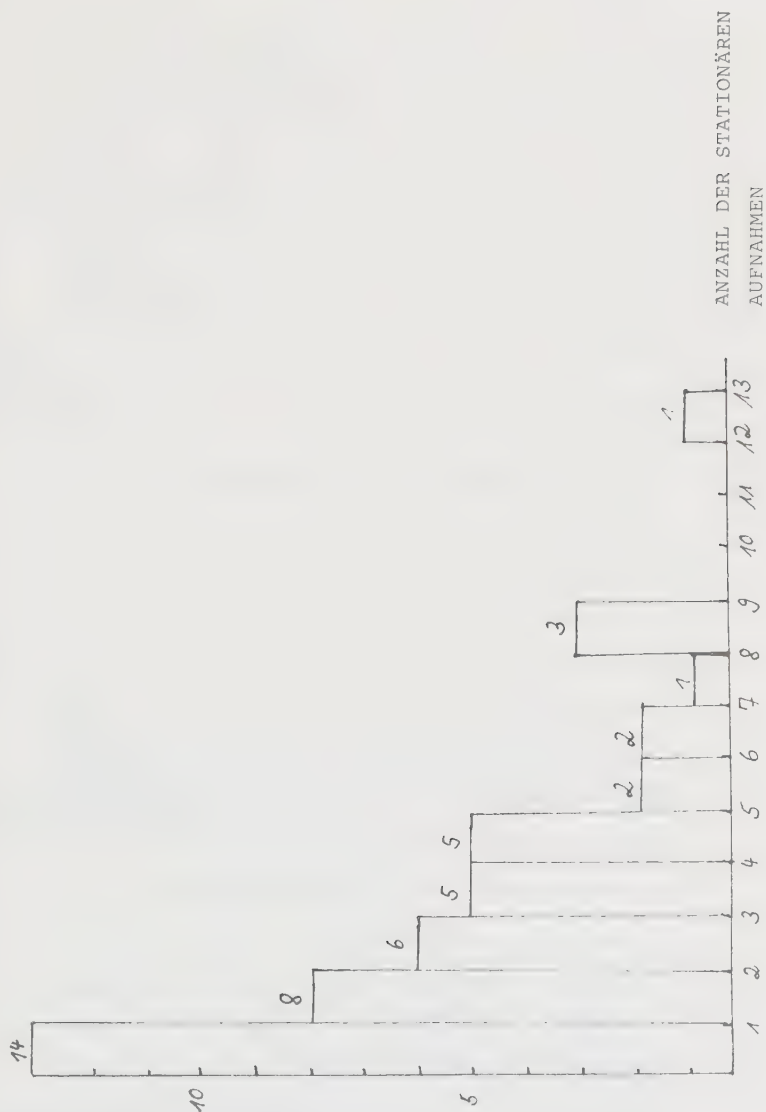
5.1.6. DAUER DER HOSPITALISIERUNG UND ANZAHL DER STATIONÄREN
AUFNAHMEN

Im Durchschnitt betrug die Gesamtzeit psychiatrischer stationärer Behandlungen im Bezirkskrankenhaus Haar vor Einzug in die Wohngemeinschaft $\bar{x} = 33,8$ Monate, ($S = 48,77$) mit einem Minimum von 1,5 und einem Maximum von 182,7 Monaten. Weitere Differenzierung zeigt, daß 16 Patienten ($33,3\%$) weniger als 6 Monate in stationärer Behandlung waren, 9 Patienten ($18,8\%$) zwischen 6 und weniger als 12 Monaten, 7 Patienten ($14,6\%$) zwischen 12 und weniger als 20 Monaten, 9 Patienten ($18,8\%$) zwischen 20 und weniger als 60 Monaten, 4 Patienten ($8,3\%$) zwischen 60 und weniger als 120 Monaten und 4 Patienten ($8,3\%$) mehr als 120 Monate (vergleiche Abb. 3 und 4).

(Abb. 3) DAUER DER HOSPITALISIERUNG VOR EINZUG IN DIE WOHNGEMEINSCHAFT



(Abb. 4) ANZAHL DER STATIONÄREN AUFNAHMEN VOR EINZUG IN WOHNGEMEINSCHAFT



Die Zahl der stationären Aufnahmen über alle Patienten vor Einzug in die WG betrug im Durchschnitt $\bar{x} = 3,56$ ($S = 2,74$) mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 13 stationären Aufnahmen, wobei 14 Patienten (29,2 %) bisher nur einmal in stationärer Behandlung im Bezirkskrankenhaus Haar waren, 25 Patienten (52 %) 2 - 5mal und 9 Patienten (18,8 %) mehr als 5mal.

5.2. DAUER DER WOHNZEIT IN DER WOHNGEMEINSCHAFT

5.2.1. ALLGEMEINE ERGEBNISSE

Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer in Tagen über alle 48 Patienten beträgt $\bar{x} = 469,6$ ($S = 685,77$), wobei die kürzeste Wohnzeit bei einem Tag, die längste Wohnzeit bei 3405 Tagen (9,3 Jahren) liegt. Zur weiterer Aufschlüsselung der Wohngemeinschaft lassen sich insgesamt 4 Kategorien beschreiben.

- a. 13 Patienten (27 %) waren weniger als 90 Tage ($\bar{x} = 34,2$, $S = 24,6$) in der ambulanten Wohngruppe (davon 7 Patienten = 14,6 % nur bis zu einem Monate) und können somit als Fehltaufnahmen klassifiziert werden.
- b. 26 Patienten (54,2 %) verbrachten zwischen 91 und 680 Tagen ($\bar{x} = 257,4$, $S = 144,1$) in der Wohngemeinschaft.

c. Es gab keinen Patienten, welcher eine Wohnzeit zwischen 680 und 1095 Tagen (1,8 - 3 Jahren) aufwies.

d. 9 Patienten (18,8 %) waren länger als 3 Jahre (1095 - 3405 Tage $\bar{x} = 1711,6$, $S = 712,3$) in der Wohngemeinschaft.

Verweildauer	Anzahl der Patienten
bis 3 Monate	13 (27 %)
4 Monate bis 1,5 Jahre	26 (54,2 %)
über 1,5 Jahre bis 3 Jahre	0 (0 %)
über 3 Jahre	9 (18,8 %)

5.2.2. ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN UND KRANKHEITSVARIABLEN BEI UNTERSCHIEDLICHER WOHNZEIT IN DER WOHNGEMEINSCHAFT.

Es wurden berücksichtigt:

- Lebensalter bei der 1. stationären Aufnahme,
- Dauer der vorausgehenden Hospitalisierungen,
- Zahl der vorausgehenden Hospitalisierungen
- Lebensalter beim Einzug in die Wohngemeinschaft
- sekundärer Alkoholmißbrauch,
- Schulbildung,
- erlernter Beruf
- Beruf der Eltern,
- Reha-Erfolg (als Reha-Erfolg wurde ein Zahlenwert $\geq 1,5$ angenommen).

- Medikamentendosis

Bei der Prüfung mit Hilfe des parameterfreien U-Tests nach Mann und Whitney für 2 unabhängige Stichproben ergab keine der aufgeführten Variablen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen

- a. sehr kurze Wohnzeit,
- b. mittlere Wohnzeit und
- c. sehr lange Wohnzeit.

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ergaben sich bei Dichotomisierung der Variablen Wohnzeit in eine Gruppe mit weniger als 6 Monaten und eine Gruppe mit mehr als 6 Monaten. Lediglich auf dem 10 %-Niveau ($\chi^2 = 3,39$) zeigte sich die Tendenz, daß Patienten, die nicht die Diagnose endogene Psychose haben, bereits innerhalb der ersten 3 Monate die Wohngemeinschaft verlassen bzw. daß Patienten mit der Diagnose "endogene Psychose" eher nicht zu den frühen Abbrechern zählen. Bei der Medikamentendosis stellte sich heraus, daß Patienten mit einer höheren Dosis eher die Tendenz zeigen, länger in der Wohngemeinschaft zu wohnen ($p = 0,10$).

5.3. EINSCHÄTZUNG DES MITTELFRISTIGEN REHABILITATIONSERFOLGES

Von den 48 Patienten des Gesamtkollektivs befanden sich am Stichtag 7 in der Wohngruppe, 2 Patienten waren durch Suizid aus dem Leben geschieden, sie wurden bei den Berechnungen unter der Kategorie "nicht erfolgreich

rehabilitiert" eingestuft.

5.3.1. BEENDIGUNG DER WOHNGEMEINSCHAFTSZEIT

Von den verbleibenden 39 Patienten mußten 19 (48,7 %) überwiegend wegen einer Exazerbation der psychotischen Symptome erneut einen längeren Zeitraum zur stationären Behandlung in das Bezirkskrankenhaus Haar eingewiesen werden und wurden dann als nicht geeignet für die Wohngemeinschaft eingestuft und nach stationärer Behandlung nicht wieder in dieselbe aufgenommen. 20 Patienten (51,3 %) hatten es - den Zielen der Einrichtung entsprechend - geschafft, sich eine eigene Wohnmöglichkeit zu besorgen und beendeten bei stabilem psychischem Zustand durch einen Umzug dorthin ihre Wohnzeit, wobei davon 6 Patienten (15,4 %) bei den Eltern und 11 Patienten (28,2 %) in einer eigenen Wohnung lebten. Bei 3 Patienten (7,7 %) war der Aufenthaltsort unbekannt (vergleiche Tabelle 15).

Tab. 15

Reha-Situation (Wohnbereich)	Anzahl d. Patienten
erneute stationäre Aufnahme	19 (48,7 %)
Wohnen bei den Eltern	6 (15,4 %)
eigene Wohnung	11 (28,2 %)
Aufenthalt unbekannt	3 (7,7 %)

5.3.2. WOHSITUATION NACH EINEM JAHR

Bei einer Katamnese 1 Jahr nach Verlassen der Wohngemeinschaft ergab sich bezüglich des Aufenthaltsortes von 38 Patienten (1 Patient war weniger als 1 Jahr entlassen), daß 21 Patienten (55,3 %) erneut in stationärer oder zumindest teilstationärer Behandlung waren, 11 Patienten (28,9 %) lebten außerhalb einer stationären bzw. teilstationären Einrichtung, 9 Patienten (23,7 %) in einer eigenen Wohnung, bei 6 Patienten (15,8 %) war der Aufenthaltsort unbekannt (vergleiche Tab. 16).

Tab. 16 WOHSITUATION NACH 1 JAHR NACH AUSZUG AUS WG

Reha-Situation (Wohnbereich)	Anzahl der Patienten
------------------------------	----------------------

stationäre Behandlung	21 (55,3 %)
Wohnen bei den Eltern	2 (5,3 %)
eigene Wohnung	9 (23,7 %)
Aufenthalt unbekannt	6 (15,8 %)

Von den 17 Patienten, welche aus der Wohngemeinschaft in eine private Wohnung umgezogen waren, lebten noch 11 Patienten dort, bei 6 war es erneut zu einer stationären Aufnahme gekommen.

5.3.3. WOHSITUATION AM STICHTAG DES 1.5.1983

Bei Überprüfung der Wohnsituation am Stichtag des 1.5.1983 zeigte sich, daß neben den 2 Patienten,

die durch Suizid aus dem Leben geschieden waren, 2 weitere zwischenzeitlich aus natürlicher Ursache gestorben waren. 7 Patienten lebten zu diesem Zeitpunkt in der Wohngemeinschaft, so daß insgesamt 37 Personen zur Auswertung kamen. Von diesen 37 Personen lebten 12 (32,4 %) in einer eigenen Wohnung, davon einer bei seiner Ehefrau, stationär, teilstationär oder in einem Altenheim befanden sich 16 Patienten (43,2 %), 3 lebten bei ihren Eltern (8,1 %), bei 6 Patienten (16,2 %) war der Aufenthaltsort unbekannt.

Tab. 17 WOHN-SITUATION AM STICHTAG DES 1.5.1983

Reha-Situation (Wohnbereich)	Anzahl d. Patienten
stationäre Behandlung oder Altenheim	16 (43,2 %)
Wohnen bei den Eltern	3 (8,1 %)
Eigene Wohnung	12 (32,4 %)
Aufenthalt unbekannt	6 (15,8 %)

5.4. PROGNOSEKRITERIEN FÜR REHABILITATIONSERFOLG IN DER WOHN-GE-MEINSCHAFT ABGELEITET AUS DEN ZUSAMMENHÄNGEN DES REHA-ERFOLGES MIT VERSCHIEDENEN MERKMALEN

Zur Beurteilung des mittelfristigen Rehabilitations-erfolges wurde der Aufenthaltsort der Patienten zu den folgenden 3 verschiedenen Zeitpunkten erfaßt, numerisch skaliert und zu einem Gesamtscore ver-rechnet. Die Zeitpunkte waren:

1. direkt nach dem Auszug aus der Wohngemeinschaft,

2. 1 Jahr danach.

3. Am 1.5.1983, dem Stichtag der Untersuchung.

Wie bereits angeführt, wurden bei der quantitativen Einschätzung das Wohnen in der eigenen Wohnung mit oder ohne Partner am höchsten mit 1 Punkt bewertet. Wohnen bei den Eltern oder ein teilstationärer Aufenthalt mit 0,5 Punkten, als Therapieversager wurde ein erneuter vollstationärer Aufenthalt oder die Unterbringung in einem Alten- bzw. Pflegeheim mit 0 Punkten eingestuft. Patienten mit den Werten 0 bis 1,0 wurden als nicht erfolgreich rehabilitiert, die Patienten mit den Werten 1,5 - 3,0 als erfolgreich rehabilitiert eingestuft. Bei der Überprüfung auf signifikante Gruppenunterschiede mit Hilfe des U-Tests nach Mann und Whitney für den Vergleich zweier unabhängiger Stichproben zwischen soziodemographisch bzw. krankheitsbezogenen Merkmalen unserer Patienten mit dem mittelfristigen Rehabilitationserfolg zeigten sich:

PROGNOSEKRITERIEN FÜR REHA-ERFOLG

kürzere Dauer der Hospitalisierung	p = .01
geringere Anzahl der Hospitalisierungen	p = .05
höheres Lebensalter bei 1. stat. Aufnahme	p = .05
höhere Schulbildung	p = .10
besseres Sozialverhalten (nach GAS)	p = .05
Lebensalter bei Eintritt in die WG	n.s.
Aufenthaltsdauer in der WG	n.s.

erlernter Beruf	n. s.
Beruf der Eltern	n. s.
Diagnose	n. s.

- ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der bisherigen Dauer der Hospitalisierung vor dem Einzug in die Wohngemeinschaft mit dem mittelfristigen Rehabilitationserfolg ($p = 0,01$) Patienten mit langer früher Hospitalisationsdauer erreichen einen geringeren Rehabilitationserfolg,
- ein signifikanter Zusammenhang zwischen der bisherigen Anzahl der Hospitalisierungen vor dem Einzug in die Wohngemeinschaft mit dem mittelfristigen Rehabilitationserfolg ($p = 0,05$). Patienten mit größerer Anzahl von früheren Hospitalisierungen haben einen geringeren Rehabilitationserfolg.
- ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Lebensalter bei der ersten stationären Aufnahme und dem mittelfristigen Rehabilitationserfolg ($p = 0,05$) Patienten mit niedrigerem Lebensalter bei erster stationärer Aufnahme zeigen einen geringeren Rehabilitationserfolg,
- daß der U-Wert für den Zusammenhang zwischen Schulbildung der Patienten und mittelfristiger Rehabilitationserfolg ein 10 %-Signifikanzniveau erreicht;

Patienten mit höherer Schulbildung tendieren eher zu besseren Rehabilitationserfolgen.

- bei Errechnung von Korrelationen des Sozialverhaltens nach GAS und dem Rehabilitationserfolg ist $r = .34$, d. h. für die Aussage: Je besser das Sozialverhalten, desto besser ist die soziale Prognose ist $p = 0,05$.

In keinem signifikanten Zusammenhang mit dem mittelfristigen Reha-Erfolg standen die folgenden Variablen:

- Lebensalter beim Eintritt in die WG,
- Dauer der Wohnzeit in WG,
- erlernter Beruf,
- Beruf der Eltern,
- Diagnosestellung bei Einteilung in endogene Psychose vs. andere.

Noch eindrucksvoller wird der hochsignifikante Zusammenhang zwischen der bisherigen Dauer der Hospitalisierung mit dem Rehabilitationserfolg, wenn man die Gruppen einzeln untersucht, die eine eigene Wohnung gefunden haben, bzw. die stationär wiederaufgenommen werden mußten oder in ein Altenheim verlegt wurden.

Bei den 11 Patienten, die nach Auszug aus der Wohngemeinschaft in einer eigenen Wohnung lebten, war der Mittelwert der vorausgegangenen Hospitalisierung in Monaten $\bar{x} = 21,4$, der mittlere Quotient

aus Dauer der Hospitalisierung bezogen auf den Beobachtungszeitraum betrug $\bar{x} = 0,36$.

Bei den 8 Patienten, die direkt wieder stationär aufgenommen werden mußten, war der Mittelwert der vorausgegangenen Hospitalisierung $\bar{x} = 49,23$ Monate, der Quotient $\bar{x} = 0,55$.

Das schlechteste Ergebnis zeigten die 4 Patienten, die in ein Altenheim verlegt werden mußten. Hier war der Mittelwert der vorausgegangenen Hospitalisierung $\bar{x} = 88,72$ Monate, der durchschnittliche Quotient 0,65.

Bei dieser Aufstellung nicht berücksichtigt wurden die Patienten, die zu den Eltern gezogen sind (6), die 7 Bewohner der Wohngemeinschaft, die 4 Patienten, die gestorben waren, sowie die 6 Patienten, bei denen der Wohnort unbekannt war, 2 haben in anderen Übergangseinrichtungen Platz gefunden.

5.5. DIE AUSWIRKUNG DER WOHNUNGEMEINSCHAFT AUF DAUER DER HOSPITALISIERUNG UND ANZAHL DER STATIONÄREN WIEDERAUFNAHMEN

Nachfolgend wurde die Frage untersucht, ob das Wohnen in der Wohngemeinschaft die Anzahl und Dauer der stationären Wiederaufnahmen zurückgehen läßt.

Es wurden dabei nur jene Bewohner berücksichtigt, die mindestens 6 Monate in der Wohngemeinschaft gewohnt und diese bereits verlassen haben. Nicht enthalten sind natürlich die verstorbenen Bewohner, so daß insgesamt

N = 20 Personen zur Auswertung kamen. Vergleicht man die Dauer der Hospitalisierung vor Einzug in die Wohngemeinschaft mit der Dauer nach Auszug, so ergeben sich folgende Zahlen: Der Mittelwert $\bar{x}$ vor Einzug in die WG liegt bei 38,9 Monaten mit einem Maximum von 212 und einem Minimum von 1,5 Monaten, Standardabweichung $s = 58,4$. Nach Auszug aus der Wohngemeinschaft liegt der Mittelwert bei $\bar{x} = 11,01$ Monaten ($s = 16,2$) mit einem Maximum von 50,9 und einem Minimum von 0 Monaten. Dabei ist zu bemerken, daß insgesamt 7 Patienten nicht mehr stationär aufgenommen wurden (vergleiche auch Zahlen über stationäre Wiederaufnahmen).

Diese Zahlen sind wenig aussagekräftig, bezöge man sie nicht auf den Beobachtungszeitraum, d. h. die Dauer, ab wann der Patient erstmals in den Akten erscheint (d. h. bei der ersten stationären Aufnahme in Haar) bis zum Einzug in die Wohngemeinschaft bzw. als Vergleichszeitraum den Auszug aus der Wohngemeinschaft bis zum Stichtag des 1.5.1983. Als Mittelwert des Beobachtungszeitraums vor Einzug in die Wohngemeinschaft ergibt sich $\bar{x} = 94,3$ Monate ($s = 85,2$) mit einem Maximum von 224 und einem Minimum von 8 Monaten, nach Auszug aus der Wohngemeinschaft ist der Mittelwert $\bar{x} = 61,1$ Monate ($s = 30,04$) mit einem Maximum von 111 und einem Minimum von 4 Monaten.

Ein Maß für den Hospitalisierungsgrad eines Patienten ist der Quotient aus der Dauer der Hospitalisierung geteilt durch den Beobachtungszeitraum jeweils in Monaten.

Der Mittelwert dieses Quotienten liegt vor Einzug in die Wohngemeinschaft bei $\bar{x} = 0,45$ ($s = 0,37$) mit einem Maximum von 1 und einem Minimum von 0,02, nach dem Auszug bei $\bar{x} = 0,21$ ($s = 0,3$) mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 0,8.

Bei Prüfung der Hypothese, daß die Dauer der Hospitalisierung nach Auszug aus der Wohngemeinschaft im Vergleich zu vorher rückläufig sei, erweist sich diese mit $p = 0,05$ als signifikant.

Bezüglich der Anzahl der stationären Wiederaufnahmen zeigt sich kein signifikant positiver Effekt der Wohngemeinschaft. Bei einer durchschnittlichen stationären Aufnahmerate vor Einzug in die Wohngemeinschaft von $\bar{x} = 3,75$ mit einem Maximum von 9 und einem Minimum von 1 Aufnahme ($s = 2,3$) ergibt sich kein signifikanter Unterschied zu den Werten nach Auszug aus der Wohngemeinschaft $\bar{x} = 2,3$ ($s = 3,8$) mit einem Maximum von 16 und einem Minimum von 0 Wiederaufnahmen.

MITTELWERTE DER DAUER DER HOSPITALISIERUNG IN
MONATEN:

	vor Einzug in WG	nach Einzug in WG
Dauer der Hospitalisierung	$\bar{x} = 38,9$ $s = 58,4$	$\bar{x} = 11,01$ $s = 16,2$
Beobachtungszeitraum	$\bar{x} = 94,3$ $s = 85,2$	$\bar{x} = 61,1$ $s = 30,04$
Quotient: Dauer d. Hospital. Beobachtungszeit	$\bar{x} = 0,45$ $s = 0,37$	$\bar{x} = 0,21$ $s = 0,3$

$$p = 0,05$$

MITTELWERTE DER ANZAHL DER STATIONÄREN
WIEDERAUFNAHMEN

	vor Einzug in WG	nach Einzug in WG
Anzahl der stat. Wiederaufnahmen	$\bar{x} = 3,75$ $s = 2,3$	$\bar{x} = 2,3$ $s = 3,8$

$$p = \text{nicht signifikant}$$

6. DISKUSSION

6.1. VERGLEICH DER PROGNOSEINDIKATOREN FÜR REHA-ERFOLG MIT DEN ERGEBNISSEN ANDERER UNTERSUCHUNGEN

Einen besseren Rehabilitationserfolg zeigten in der vorliegenden Studie die Patienten, die allein in eine eigene Wohnung umgezogen waren (von 11 Patienten waren 2 erneut hospitalisiert), als die

Patienten, welche zu den Eltern gezogen waren (von 6 Patienten erneut 4 hospitalisiert). Zu den selben Ergebnissen kommt Hülsmeier (1986). Dieses Ergebnis würden wir so interpretieren, daß ein Umzug ins Elternhaus bei einem erwachsenen Menschen als ein Mangel an Selbständigkeit gewertet werden kann, daß das Elternhaus (ebenso wie die Klinik) ein die Regression erlaubendes Milieu ist. In der vorliegenden Studie erwiesen sich als signifikant für den Rehabilitationserfolg die Faktoren; kürzere Dauer der Hospitalisierung, geringere Anzahl der Hospitalisierungen, höheres Lebensalter bei der ersten stat. Aufnahme, das Sozialverhalten und als Tendenz eine höhere Schulbildung.

In Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen fanden Ciompi et al. (1978), daß dem Faktor Hospitalisation von mehr als 5 Jahren Dauer sowie Hodel (1979), daß dem Faktor Früherkrankung im Vergleich zum Faktor Späterkrankung eine schlechte Prognose hinsichtlich des Rehabilitationserfolges zukommt. Ciompi et al. (1979) stellten fest, daß ihren Untersuchungen zufolge der Rehabilitationserfolg weder mit der Diagnose (dichotomisiert in Schizophrenie versus andere Erkrankungen) noch mit dem Alter bzw. auch nicht mit dem Schulabschluß oder Berufsausbildung in irgendwelchen signifikanten Beziehungen stand.

Bosch (1975) fand bei der Untersuchung von 399 schizophrenen Patienten einen Zusammenhang zwischen Alter und Rehabilitationserfolg, Rintelen (1978)

faßte in einem Übersichtsartikel über die vorliegende Literatur zusammen, daß der Rehabilitationserfolg umso wahrscheinlicher wird, je höher das Alter, das Intelligenzniveau sowie die Berufsausbildung der Patienten sind. In 2 großen Verlaufsuntersuchungen über das Schicksal schizophrener Patienten ergab sich sowohl in der Lausanner Studie (Ciompi und Müller 1976) als auch in der Bonner Studie (Huber et al. 1979), daß eine höhere Schulbildung einen günstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf nimmt, ohne daß jedoch ein signifikanter Zusammenhang erreicht wird. Dimmek und Veltin (1986) stellen fest, daß Patienten mit einer niedrigen sozialen Kompetenz das höchste Hospitalisierungsrisiko haben, außerdem, daß passive und zu Lebensschwierigkeiten neigende psychisch Kranke und Behinderte in einer WG weniger gut zurechtkommen als solche mit Lebensschwierigkeiten auf anderen Gebieten.

6.2. VERGLEICH DER STATIONÄREN WIEDERAUFNAHMERATEN KLINIKENTLASSENER PATIENTEN MIT VORLIEGENDER STUDIE

Ein Überblick über stationäre Aufnahmezeiten bei psychiatrischen Patienten soll Vergleichswerte für die Einschätzung der Wirksamkeit unserer Wohngruppe liefern. Ciompi (1979) berichtete von

einer Quote von 37 % stationärer Wiederaufnahmen im Zeitraum von einem Jahr, bei Patienten, welche im Rahmen eines Rehabilitationsdienstes in der Schweiz eine umfassende soziale und medizinische ambulante Betreuung erhielten. Anthony (1972), zitiert nach Ciompi (1979), berichtet in amerikanischen Untersuchungen von einer Rate von 40 - 50% Wiederaufnahmen nach einem Jahr bei psychiatrischen Patienten ohne rehabilitative Nachsorge nach der Entlassung. Körmendy et al. (1983) stellen im Zusammenhang mit der Betreuung schizophrener Patienten im Rahmen eines ambulanten, kommunalen psychiatrischen Dienstes in Bonn eine stationäre Wiederaufnahmehäufigkeit im Beobachtungszeitraum von 2 - 10 Jahren von 84 % bei den männlichen Patienten fest. Möller et al. (1982) berichten im Rahmen einer 5jährigen Katamnese von einer Wiederaufnahmequote von 58 %, bei Patienten, die an der psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Institutes in München behandelt wurden. Bosch et al. (1975) berichten in einem Beitrag für die Enquête von einer Wiederaufnahmerate im Zeitraum von einem Jahr von 40 % bei klinikentlassenen Patienten aus einer süddeutschen ländlichen Gegend. Pietzcker et al. (1982) stellen eine Wiederaufnahmerate von 59 %, während eines Beobachtungszeitraumes von durchschnittlich 14 Jahren fest, bei Patienten mit kontinuierlicher poliklinischer Betreuung in

Berlin.

Lipke (1984) stellt am LKH Weinsberg bei einer Dreijahreskatamnese eine Wiederaufnahmerate von 62 % bei Patienten fest, welche in der Abteilung für rehabilitative Psychiatrie mit spezifischen Arbeitserprobungsprogrammen gefördert worden waren. Dimmek und Veltin (1986) berichten in ihrer im Rahmen des Modellverbundes "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" durchgeführten Studie über Wohngruppen in Mönchengladbach von einer Wiederaufnahme von 66,7 %.

Ein Vergleich der Ergebnisse unserer Untersuchung mit 55 % stationären Wiederaufnahmen innerhalb eines durchschnittlichen Beobachtungszeitraumes von 2,5 Jahren (1,5 Jahren durchschnittliche Wohnzeit + 1 Jahr katamnestische Überprüfung in einer Gesamtbeobachtungszeit von 11 Jahren) liegt in einer vergleichbaren Dimension. Einschränkend muß gesagt werden, daß bei 6 Patienten (15,8 %) der Aufenthaltsort nicht bekannt ist, theoretisch könnten diese in einer anderen Klinik außerhalb Münchens stationär wiederaufgenommen sein.

6.3. DIE VERKÜRZUNG DER HOSPITALISIERUNG ALS ENTSCHEIDENDER EFFEKT EINES WOHNGEMEINSCHAFTS-PROJEKTES

Ein deutlicher, die stationäre Wiederaufnahme verhindernder, Effekt wird in der Studie nicht sichtbar, dafür geht jedoch die Dauer der Hospitalisierung signifikant zurück.

In Übereinstimmung damit gelangen Dimmek und Veltin (1986) zu dem Ergebnis, daß der Einzug in eine WG bei der Mönchengladbacher Klientel keinen Einfluß auf die Aufnahmehäufigkeit hatte. Die Behandlungsdauern wurden jedoch um gut die Hälfte verkürzt. Ein Grund dafür könnte sein, daß die ambulante Betreuung ein rechtzeitiges Eingreifen in Krisensituationen gestattet und damit vielfach eine Zuspitzung von Krisen vermeiden hilft, eine andere denkbare Ursache könnte die stützende Funktion der Gruppe spielen, so daß die Behandlung in der Klinik auf besonders kritische Phasen beschränkt bleibt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Hülsmeier (1986), der in der massiven Verkürzung der Hospitalisierung den entscheidenden Effekt eines Wohngemeinschaftsprojektes sieht. Für eine Gruppe von langfristig hospitalisierten Patienten die eine durchschnittliche Hospitalisationsdauer von vorher 251 Tage pro Jahr hatten, sank diese bei einer durchschnittlichen Beobachtungsdauer von 2 Jahren auf 9 Tage pro Jahr. Einen deutlichen Zusammenhang sieht er in der Intensität der Vorbereitung

und der Zahl der Rehospitalisierungen. Die Wiederaufnahmefrequenz gibt er zwischen 29 % und 42 % an. Er berichtet, daß die Patienten am besten abschnitten, die mehr als 10mal an einer Vorbereitungsgruppe teilgenommen hatten. Den schlechtesten Erfolg zeigte die oberflächlichste Vorbereitung nämlich Besuche in einer bereits bestehenden Wohngemeinschaft. 66 % dieser Gruppe erlebte Rehospitalisierungen. Aus diesen Ergebnissen wäre zu folgern, daß die weniger guten Ergebnisse in unserer Untersuchung möglicherweise auf die Art der Vorbereitung zurückzuführen sind. Hülsmeier formuliert als wichtigstes Kriterium für eine Entscheidung, in einer WG zusammenzuleben, daß die Bewohner sich gut kennen, einander selbst ausgewählt haben und sich soweit gerne mögen, daß sie Interesse aneinander haben und Konflikte miteinander angehen möchten (Hülsmeier 1986).

6.4. VERGLEICH DER EPIDEMIOLOGISCHEN DATEN DER VORLIEGENDEN STUDIE MIT CHRONISCH PSYCHISCH KRANKEN ANDERER INSTITUTIONEN

Bei einem Vergleich mit dem epidemiologischen Daten chronisch psychisch Kranker psychiatrischer Institutionen, welche z. B. von Lipke (1984) im Landeskrankenhaus Weinsberg sowie von Hörmann (1985) am LKH Münster sowie am WLK Marsberg erhoben wurden, zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung im Hinblick auf das Durchschnittsalter

der Patienten sowie den Familienstand desselben mit einem Anteil von über 80 % Patienten ohne partnerschaftliche Beziehung. Die teilweise geringe Anzahl und Dauer der Hospitalisierungen sowie das höhere Erkrankungsalter unserer Patienten in der Stichprobe ist möglicherweise auf die Art unserer Datenerhebung zurückzuführen. In den Krankengeschichten fanden sich häufig Hinweise auf psychiatrisch stationäre Aufenthalte in anderen Kliniken, welche von uns wegen fehlender Systematik sowie Quantifizierbarkeit nicht berücksichtigt wurden, so daß die angegebenen Werte der Hospitalisierungsdauer und des Ersterkrankungsalters häufig zu günstig sind. Gerade im Bereich der Großstadt München, in dem ein vielfältiges Angebot an ambulanten, teilstationären und stationären psychologisch-psychiatrischen Behandlungsformen besteht, kommt es häufig erst dann zur stationären Aufnahme, wenn sich die Wirkung verschiedener therapeutischer Interventionsstrategien als nicht ausreichend zur Konsolidierung des psychischen Zustandes des Patienten erwiesen haben.

Eine Selektion der Wohngemeinschaftspatienten im Hinblick auf ein zufriedenstellendes Arbeitsverhalten kann angenommen werden, da dieses ein zentrales Aufnahmekriterium für die Übernahme darstellte. Darüber hinaus hat eine Selektion im Hinblick auf die schulische Ausbildung statt-

gefunden, die Zahl der Patienten mit mittlerer Reife liegt 2mal, die der Patienten mit Abitur 3mal höher, als es im Durchschnitt von Patienten eines Bezirkskrankenhauses oder einer ähnlichen Einrichtung zu erwarten wäre. Wie bereits angeführt, zeigten Patienten mit einer höheren Schulbildung die Tendenz, einen besseren Rehabilitationserfolg zu haben.

6.5. DAUERWOHNGRUPPEN ALS KOSTENGÜNSTIGE ALTERNATIVE ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT

Ob ein Arbeitsplatz in der freien Marktwirtschaft als Aufnahmekriterium auch in Zukunft haltbar sein wird, lassen wir dahingestellt. Zu überlegen wäre, ob nicht auch chronische Langzeitpatienten ohne Hoffnung auf einen Arbeitsplatz in Wohngemeinschaften integriert werden könnten. Untersucht hat diese Fragestellung Dörner (1985) in Gütersloh, der 101 Patienten mit einer durchschnittlichen Hospitalisierung von mehr als 10 Jahren (Maximum 42 Jahre, Minimum 2 Jahre) ambulant weiterbetreute. Er beschrieb dabei Erfolge auch bei über 70 jährigen Patienten, die in eigenen Wohnungen gut zurechtkamen. Die bevorzugte Wohnform insbesondere bei den älteren Patienten war die Wohnung zu zweit, dicht gefolgt von dem Wunsch alleine zu wohnen, erst an dritter Stelle stand die ambulante Wohngruppe. Es wäre dann die Forderung nach

Dauerwohngruppen zu stellen, die als Alternative zum stationären Aufenthalt gesehen werden könnten. Eine erneute Hospitalisierung bei Exacerbation der psychischen Erkrankung bräuchte nicht als Grund für einen endgültigen Ausschluß gesehen werden, zu hoffen bleibt vielmehr, daß damit die Dauer der Hospitalisierung zurückgehen würde. In diesem Zusammenhang sei als Argument dafür die sinkenden Kosten genannt, bei einem relativ hohen betreuerischen Aufwand gibt Hülsmeier die Kosten für eine betreute Wohngemeinschaft mit einem Achtel der Kosten im Vergleich zur üblichen Betreuung durch lange und häufige stationäre Aufenthalte an. Brill (1986) bringt eine Übersicht über Finanzierungsrichtlinien der Länder und den Stellenwert betreuten Wohnens im Spiegel der Berichte der Länder zur psychiatrischen Versorgung. Dabei wird deutlich, daß in den Stadtstaaten betreutes Wohnen als wesentlicher Beitrag zu einer strukturellen Veränderung der Versorgung gesehen wird, wobei insbesondere fiskalpolitischen Aspekten (über Einsparungen durch Kapazitätsabbau im stationären Sektor) besondere Beachtung geschenkt wird. Es wird daher auch ein höherer Personalschlüssel zugrunde gelegt.

In der beschriebenen Wohngemeinschaft haben nur 2 Patienten ein Einzelzimmer, 2 sind in einem Doppelzimmer, 3 in einem 3fach belegten Zimmer untergebracht. Zur Förderung einer persönlichen Atmosphäre wären Einzel-

zimmer sicherlich besser geeignet, zu fragen wäre, ob beispielsweise Häuser aus dem Langzeitbereich umgebaut werden könnten. Es wäre auch zu überlegen, ob nicht gemischt geschlechtliche Wohngemeinschaften sinnvoller wären. Durch den Ausbau komplementärer Einrichtungen wie z. B. Wohngemeinschaften könnten stationäre Einheiten abgebaut werden. Es könnten beispielsweise Kriseneinheiten für tageweise stationäre Aufenthalte geschaffen werden. Zu diskutieren wäre, ob die Weiterbildungsordnung der Ärzte für Psychiatrie insoweit geändert werden sollte, daß auch Arbeit im ambulanten Bereich für die Weiterbildung angerechnet würde.

6.6. ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG DER ERGEBNISSE

Was die Ergebnisse der Studie angeht, so ist zusammenfassend festzustellen, daß bei Eintritt in eine ambulante Wohngruppe dieser Art (nur geringe Vorbereitung auf die Wohngemeinschaft und keine bindende Verpflichtung, das therapeutische Angebot in der Wohngemeinschaft wahrzunehmen) eher bei Patienten ein Rehabilitationserfolg zu erwarten ist, wenn sie noch nicht lange krank und noch nicht lange hospitalisiert waren. Ein Grund für das Fehlen der eigentlich erwarteten Zusammenhänge zwischen Dauer der Wohnzeit und den erhobenen soziodemographischen und krankheitsverlaufstypischen Merkmalen könnte in zwei gegenläufigen Trends liegen,

die sich in ihrer Wirkung gegenseitig aufheben:

Alle Faktoren, welche eine Verschlechterung des psychischen Zustandes bedingen, wirken wohl bis zu einem gewissen Grad auf die Wohnzeit verlängernd. Wird jedoch eine bestimmte Grenze überschritten, kommt es wegen erneuter stationärer Einweisung zum Abbruch der Wohnzeit, somit zu einem qualitativen Umschlag und zu einem wohnzeitverkürzenden Effekt. In diesem Zusammenhang ist wohl auch die Tendenz zu sehen, daß Patienten mit einer höheren Medikamentendosis eine längere Wohnzeit in der Wohngemeinschaft haben ($p = 0,10$). Setzt man voraus, daß die Dosis der Medikation von der Schwere des Krankheitsbildes abhängig ist, so ist bei niedriger Dosis oder fehlender Medikation anzunehmen, daß der Patient soweit "gesund" ist, sich eine eigene Wohnung zu suchen.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß die Wohngemeinschaft einen bedeutenden Beitrag zur Integration des psychisch Kranken leisten kann. An unserer Untersuchung wird dies am Rückgang der Hospitalisierungsdauer deutlich. Der Wohngemeinschaft käme dabei die Aufgabe zu, "soziales Verhalten" und "Alltagsbewältigung" zu üben. In der vorliegenden Untersuchung zeigen die Patienten einen besseren Rehabilitationserfolg, die ein besseres Sozialverhalten an den Tag legen. Eine Folgerung daraus könnte so aussehen, daß bereits während

des Klinikaufenthaltes mehr Wert auf die Einübung sozialer Verhaltensweisen gelegt wird, daß die Patienten - auch im Sinne von Hülsmeier (1986) - mehr auf das Leben in der Wohngemeinschaft beispielsweise durch intensive Gruppenarbeit vorbereitet werden und daß der Kategorie des Sozialverhaltens mehr Raum in der Dokumentation der Krankenunterlagen gegeben wird. In diesem Zusammenhang sei auf eine Untersuchung von Hohl (1982) verwiesen, der sich mit der Situation von Angehörigen psychiatrischer Patienten beschäftigt hat. Er stellt dabei fest, daß im Gegensatz zu der, in der stationären Psychiatrie behandelten produktiven Symptome wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen etc. für diese die "unproduktiven Symptome" wie Eigenbrödlertum, Unordnung, also insgesamt "asoziales Verhalten" von größerer Bedeutung ist und daß dieses letztlich zur Einweisung führt. Aus obengenanntem ließe sich folgern, daß eine längerfristige Integration nur möglich wird, wenn an diesem Punkt des sozialen Verhaltens und der "Alltagsbewältigung" angesetzt wird, die therapeutische Wohngemeinschaft könnte dazu einen wichtigen Beitrag leisten und letztlich das in den letzten Jahren unliebsame Phänomen der "Drehtürpsychiatrie" verhindern helfen.

7. ZUSAMMENFASSUNG

In einer retrospektiven Studie werden die sozio-demographischen und krankheitsverlaufsspezifischen Daten von 48 Patienten untersucht, die aus der stationären psychiatrischen Behandlung in eine ambulante Wohngruppe entlassen wurden. Während bei 50 % der Patienten nach durchschnittlicher Wohnzeit von 1 1/2 Jahren unter weiterer Stabilisierung ein Umzug in eine eigene Wohnung möglich wird, kommt es bei der anderen Hälfte der Patienten durch stationäre Wiederaufnahme zum Abbruch der Wohngemeinschaft. Im Hinblick auf den mittelfristigen Rehabilitationserfolg in der Wohngemeinschaft erweisen sich Dauer und Anzahl früherer psychiatrischer Hospitalisierungen sowie das Sozialverhalten als relevante Prognosekriterien. Dauer der Wohnzeit in der Wohngemeinschaft, frühere Berufstätigkeit, Lebensalter beim Eintritt in die Wohngemeinschaft sowie psychiatrische Diagnose (endogene Psychosen versus Persönlichkeitsstörungen und andere Syndrome) lassen den Rehabilitationserfolg nicht prognostizieren. Vergleicht man die Dauer der Hospitalisierung vor Einzug in die Wohngemeinschaft bezogen auf den Beobachtungszeitraum mit der Dauer der Hospitalisierung nach Auszug aus der Wohngemeinschaft ergibt sich ein signifikant positiver Effekt der Studie.

Wohngemeinschaften des Bezirkskrankenhauses Haar
und der Tage- und Nachtambulanz des Bezirks Oberbayern

Teilort: Bezirk Oberbayern

1) ...

2) ...

3) ...

4) ...

5) ...

1) ...

Chronisch psychisch Kranke aus dem schizophrenen Formenkreis
und Zyklothyme

123 qm: 2 Einzelzimmer, 1 Zweibettzimmer, 1 Dreibettzimmer =
7 Heizplätze f. Männer
1 Wohnzimmer, 1 Büro, Küche, Bad

Miete: 850,-,- DM (Kaltmiete)

Je nach Unterbringung; pro Heizplatz 100 - 240 DM Mietanteil
(inklusive Strom, Reinigung, Wäsche - Leasing)

2) ...

Chronisch psychisch Kranke aus dem schizophrenen Formenkreis
und Zyklothyme

123 qm: 4 Einzelzimmer, 1 Zweibettzimmer = 6 Heizplätze f. Männer
Küche, Bad

Miete: 999,90 DM inklusive Heizung

Je nach Unterbringung; pro Heizplatz 200 - 250 DM Mietanteil
(inklusive Strom, Reinigung, Wäsche - Leasing)

3) ...

Chronisch psychisch Kranke aus dem schizophrenen Formenkreis
und Zyklothyme

62 qm und 87 qm = 2 Wohnungen:

Eine Wohnung mit 3 Einzelzimmern und

eine Wohnung mit 4 Einzelzimmern = 7 Heizplätze

gemischte Belegung

eine gemeinsame Wohndiele

Miete: 110 RM/Wohnescr. zahlen 1100 Miete direkt an das städtische Wohnungswesen. Es handelt sich bei den zwei Wohnungen um renovierte städtische Mietunterkünfte.

Kosten: wie Stren, Reinigung, Mische-Leasing werden extra gezahlt.

... ..

Alkoholiker

Eigentum des Landes; 1100 qm inklusive Garten 836 qm

5 Zimmer und 1 Küche, 2. Z. stehen nur 2 Zimmer und 1 Küche zur Verfügung (4 Wohnplätze), später 6 - 7 Plätze, 1 gemeinsames Wohnzimmer.

Mietentgelt pro Wohnplatz 225,- RM inklusive Stren, Reinigung, Mische-Leasing.

(Konzept und Vereinbarung siehe Anlage)

... ..

Sechzig behinderte Lehrentner aus dem schizophrenen Kernkreis und Zytomyse, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr einzugliedern sind.

1100 Selbständige Lebensführung in Rahmen einer beschützten Wohnung, angepasstes soziales Verhalten. Personen, die nicht in Leiharbeitsheimen oder in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen.

Leihentgelt: 4 Einzelzimmer, 1 Doppelzimmer, 1 gemeins. Wohnzimmer

Miete: 816,50 RM inklusive Heizung.

Mietentgelt pro Wohnplatz steht noch nicht fest

Personal:

a) Medizinische Versorgung: niedergelegener Notdienst

b) soziale Belange: Arzt und Sozialpädagoge des LKH Mear bzw. Tag-u. (in Eching auch SPD Unterschleißheim) Nachtklinik

Die Grundausrüstung für die Wohngemeinschaften 1 - 4 wurde aus dem Magazin des LKH Mear gestellt. Für die Wohngemeinschaft 5 wurde die Grundausrüstung zu 50 % vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung übernommen, der Rest vom Bezirk Oberbayern.

Vorstellungen über Wohngemeinschaften für psychisch Kranke

(Auszug aus einem Brief an das Sozialreferat vom 15. Sept. 1980)

1. Pro Wohngemeinschaft sollten 8 - 10 Personen untergebracht werden, dabei ist es egal, ob eine größere Wohnung bzw. ein Reihenhäuser oder zwei gegenüberliegende Wohnungen - so wie in der Tulbeckstraße 36 - vorhanden sind.

Zur Personenzusammensetzung:

- a) Sozialisch Behinderte im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung (psychiatrisches Krankenhaus, teilstationäre Einrichtung, Wohngemeinschaft); dabei muß man nach den bisher gemachten Erfahrungen davon ausgehen, daß einige der in einer Wohngemeinschaft Wohnenden noch einer gewissen Zeit, die ein oder auch mehrere Jahre dauern kann, der Abklärung zu einem selbständigen Leben wieder ganz bedürftig sind, andere für ständig in einer Wohngemeinschaft wohnen bleiben müssen.
 - b) Für sozialisch behinderte Frührentner.
Für diese Personengruppe haben wir bisher noch keine Wohngemeinschaften, weil die Nachfrage nach Wohnmöglichkeiten für sozialisch Behinderte, die noch im Arbeitskreis stehen, bisher vorrangig war, infolgedessen auch noch keine Erfahrungen vorliegen.
 - c) Für Alkoholkranke, wobei dieser Personenzusammensetzung gemäß die meisten Probleme zu erwarten sind. Eine gemeinsame Unterbringung von sozialisch Behinderten und Alkoholkranke hat sich in der Vergangenheit als ungünstig erwiesen, da die in ihrer Fortschlichkeit meist besser erhaltenen Alkoholkranke in der Wohngemeinschaft sofort das Zepter an sich reißen und die Ich-schwachen sozialisch Behinderten skrupellos ausnutzen.
2. Pro Person ein Raum von ca. 12 - 15 qm, ein ca. 20 - 25 qm großer gemeinsamer Wohnraum, eine geräumige Küche, Toilette extra und eine zentrale sanitäre Ausstattung (Bad, Dusche und zwei Waschbecken) - keine Waschbecken in den Zimmern, um nicht den Gemeinschaftscharakter zu stören -, bei einem Reihenhäuser möglichst zwei sanitäre Ausstattungen, in jedem Stockwerk eine.
Für die Lage ist eine gute verkehrstechnische Anbindung im MVV-Bereich Münchens wichtig, wobei für die noch im Arbeitsprozess stehenden eine zentralere Lage wünschenswert wäre, für die Frührentner genügt der gesamte S-Bahnbezirk.
3. Für den unter 1.a) angeführten Personenzusammensetzung ist bei unseren Konzepten vorbedingung ein Arbeitsplatz, den die Patienten ja schon in der teilstationären Einrichtung haben. Bedingung ist fachärztliche Behandlung durch einen niedergelassenen Nervenarzt und Pflicht, einmal wöchentlich die Teilnahme an einem gemeinsamen Treffen am Abend in der Wohnung mit Arzt und Sozialarbeiter des Sozialdienstes des BKH Haar oder der Tag- und Nachtambulanz, bei dem die anfallenden Probleme untereinander in der Wohngemeinschaft, Probleme am Arbeitsplatz und des täglichen Lebens besprochen werden.

Die gewünschte Beantwortung der Fragen noch einmal kurzgefaßt

a. Zielgruppen

Chronisch psychisch Kranke aus dem schizophrenea Formenkreis, Zylothyme (WG 1 - 3), Alkoholiker (WG 4), Frührentner (WG 5)

b. Ziele

Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft. Wohnungsgemeinschaft als Mitglied einer Reha-bilitationskette (vollstationär, teilstationär, Wohnungsgemeinschaft) ohne zeitliche Limitierung. Die WG 4 für Alkoholiker soll allerdings bewußt einen Übergangscharakter haben.

c. Personal

Niedrigelastener Arzt, möglichst Leberarzt, Ärzte und Sozialpädagogen des Bezirkskrankenhauses Haar bzw. der Tag- und Nachtambulanz des Bezirks Oberbayern.

d. Kosten und Finanzierung

Die Miete und Nebenkosten (Gas, Strom, private Telefongespräche etc.) werden von den Heimbewohnern selbst getragen, Mieten in der Finanzierung werden aus dem Fonds "Nachgehende Fürsorge" entnommen. Möglichst keine Inanspruchnahme der Sozialhilfe (Wiedereingliederungshilfe), die günstliche Überprüfung des psychischen Zustandes des Heimbewohners erforderlich und ihm dadurch abhängig und unfrei macht.

e. Zugangsmodus/Aufnahmekriterien

latenten aus dem Bezirkskrankenhause Haar und der Tag- und Nachtambulanz, die zu einer selbständigen Lebensführung bereit in der Lage, aber geeignet sind, in einer Wohnungsgemeinschaft zu leben. - Voraussetzung ist, daß die Heimbewohner arbeiten (WG 1 - 4), wie sie es bereits in der teilstationären Einrichtung getan haben.

f. Stadtteilbezug

Entfällt z. Z. noch.

Wohngemeinschaft ...

(7 Personen)

Abrechnung 1980

Ausgaben:

Miete incl. Nebenkosten	mtl. DM 630,00	DM 8.160,00
Strom und Gas lt. Schlußrechnung		" 3.669,74
Wäschereikosten lt. Rechnung BKH Haar		" 510,51
Putzmittel lt. Rechnung BKH Haar		" 71,23
Vergütung für Putzfrau	mtl. DM 130,00	" 1.560,00
Telefon (Grundgeb. u. Dienstgespr.Pausch.)	mtl. DM 40,00	" 480,00
		DM 14.451,53
		=====

Einnahmen:

Miete Einzelzimmer	mtl. DM 135,00	
	mtl. DM 155,00	
Mehrbetzzimmer	à Person	mtl. DM 115,00
		DM 10.300,00
Wäschekosten	à Person	mtl. DM 5,00
		" 420,00
Putzkosten	à Person	mtl. DM 20,00
		" 1.680,00
		DM 12.400,00
		=====
Mindereinnahmen		DM 1.971,33
		=====

- 5 -

Die beschützende Wohnung
dient der Rehabilitation psychisch Kranker aus dem Bezirkskrankenhaus Haar
bzw. der Tag- und Nachtambulanz. Der Aufenthalt ist nicht limitiert.
Voraussetzung für die Unterbringung ist, daß der Bewohner in einem ordnungs-
gemäßen Arbeits-, Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis steht.

Nutzungsvertrag

Zwischen dem Bezirk Oberbayern, ...
vertreten durch das Bezirkskrankenhaus ...
und

Herrn/Frau

wird folgender Vertrag geschlossen:

1. erhält in dieser
Wohnung ein Bett in einem möblierten Zimmer
2. Die Nutzungsgebühr beträgt monatlich DM einschließlich
aller Nebenkosten (..... DM für Strom, Wasser, Wäsche-Leasing)
und ist am Monatsende für den Folgemonat zu entrichten. Schäden an
der Einrichtung bzw. dem Gebäude sind vom Bewohner zu tragen.
Bei Einzug: 01. - 15. des Monats volle Miete
16. - 30. " " halbe Miete
3. Der Bewohner erhält einen Haus- und Wohnungsschlüssel. Bei Erhalt des
Schlüssels ist eine unverzinsliche Kautions von DM 10,- zu hinterlegen,
die bei Auszug (Schlüsselrückgabe) zurückbezahlt wird.
4. Das Nutzungsverhältnis ist kündbar von beiden Seiten mit einer Frist
von einem Monat zum Monatsschluß.
5. Die Kündigung ist bei Verstoßen gegen die jeweils gültige Hausordnung,
Beschädigung des Zimmers, seiner Einrichtung oder der gemeinsam
genutzten Räume sowie bei Nichtzahlung der Nutzungsgebühr jederzeit
mit einer Frist von 14 Tagen möglich.
6. Vertreter des Bezirks Oberbayern sind jederzeit berechtigt, das Zimmer
des Bewohners zu betreten.

den

.....
Bezirkskrankenhaus Haar

.....
Nutzungsberechtigter

Hausordnung

für die beschützende Wohnung:.....

1. Reinigung:

Abgesehen von der mit den Heimbewohnern vereinbarten wöchentlichen Reinigung der Wohnung durch eine Raumpflegerin (in der Nutzungsgebarung enthalten), verpflichten sich die Heimbewohner, das Bad nach Benützung zu reinigen, ebenso die Küche nach aufgestelltem Wochenplan in Ordnung zu halten (Abwasch, Müll, Bodenkehren).

2. Telefon:

Das Telefon steht für ankommende Anrufe und Telefonate in dringenden, medizinischen Notfällen zur Verfügung (Telefonschlüssel im verschlossenen Kuvert), da wegen gleichzeitiger Benützung als Dienstapparat eine Kostenaufteilung sich als zu schwierig gezeigt hat.

3. Schlüssel:

Die überlassenen Schlüssel dürfen nicht (auch nicht vorübergehend) an Dritte weitergegeben werden. Ein Verlust ist sofort zu melden und von dem betreffenden Bewohner auf eigene Kosten zu ersetzen, möglicherweise auch der Einbau eines neuen Schlosses.

4. Musikgeräte:

Musikgeräte sind auf Zimmerlautstärke einzustellen. Rücksicht auf andere Hausbewohner ist geboten. Diese Rücksicht ist ebenso in Hinsicht auf störenden Lärm gegeben.

5. Auszug:

Die Zimmer sind bei Auszug besenrein mit sämtlichen Schlüsseln zu übergeben.

6. Durch meine Unterschrift verpflichte ich mich, diese Hausordnung als für mich verbindlich anzusehen und einzuhalten.

, den
(Unterschrift)

Miete 666,-- x 12	7.992,--
Strom und Gas jährlich	4.005,93
Bettwäsche 3,16 x 7 x 12	265,44
Putzfrau 150 x 12	1.800,--
Putzmittel	250,--
Ausgaben	<u>14.313,40</u>

Mieteinnahmen 830 x 12	9.960,--
Bürraum	2.400,--
Wäsche 22,10 x 12	265,20
Nebenkosten 140 x 12	1.680,--
	<u>14.305,20</u>

Unterdeckung ca.	10,--
	<u>=====</u>

Zukünftig

Mieteinnahmen 1.040 x 12	12.480,--
Bürraum	2.400,--
	<u>14.880,--</u>

Überschuß ca.	<u>==550,--</u>
---------------	-----------------

	Miete	Bettwäsche	Putzgeb.		Gesamt
1 x Einzelzimmer	135	5	20	=	160
1 x Einzelzimmer	155	5	20	=	180
5 x Mehrbett	115	5	20	=	140
					<u>1.040</u>
					<u>=====</u>

W ä s c h e
=====

(ab 01.01.80)

Bettwäsche: 14tägiger Wechsel

Hand-, Bade- und Küchentücher: wöchentlicher Wechsel

... = 7 Personen

17 kg à 1,30 DM = 22,10 DM : 7 = 3,16 DM pro Person /pro Monat

... = 6 Personen

15 kg à 1,30 DM = 19,50 DM : 6 = 3,25 DM pro Person /pro Monat

... = 7 Personen

17 kg à 1,30 DM = 22,10 DM : 7 = 3,16 DM pro Person /pro Monat

PROGRAMM

CLUB 69

- 1) Jeden 1. MONTAG im Monat ab 18 Uhr
"Stammtisch im ... in der ...

Zu erreichen mit der Straßenbahnlinie ...
oder mit den Linien ... der sich in
unmittelbarer Nähe des ... befindet.

- 2) Jeden 2. MONTAG im Monat ab 18 Uhr
"Stammtisch im ... in der ...

- 3) Jeden 3. SAMSTAG im Monat ein wechselndes Programm
(Wanderung, Theaterbesuch, Bus- oder Badeausflug).

Der Treffpunkt wird immer schriftlich bekanntgegeben oder kann
im Sozialdienst, Tel. ... erfragt werden.

- 4) Jeden 4. MONTAG im Monat ab 16 Uhr Treffen in der
Konditorei ... , und zwar

im Sommer (bei schönem Wetter) im Garten
bei schlechter Witterung und im Winter im hinteren Teil der
Konditorei.

Zu erreichen mit allen S-Bahnlinien sowie mit den Straßenbahnen
..... sowie Linie (diese verkehrt ab 14.54 Uhr).
Haltestelle: ...

Literaturverzeichnis

1. Anthony W. A., G. Buell, S. Sharall, M. E. Althoff:
Efficiency of psychiatric rehabilitation, Psychological Bulletin
78/6 (1972) 447 - 456
2. Basaglia F: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der
Ausgeschlossenen, Frankfurt, Suhrkamp 1973
3. Bosch: Zur beruflichen Rehabilitation schizophrener Patienten,
Die Rehabilitation 14 (1975) 9 - 17
4. Bosch G., A. Pietzcker: Nachbehandlung krankenhausentlassener
schizophrener Patienten - Ergebnisse einer
empirischen Untersuchung in: Anhang zum
Bericht über die Lage der Psychiatrie in
der BRD (1975) 344 - 360
5. Brill, K.: Psychiatrie Jahrbuch 2 Ab SPAK München 1986
6. Bundesministerium für Jugend, Familie, Gesundheit:
Gemeinsamer Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund
"Ambulante psychiatrische u. psychotherapeutisch/psychosomatische
Versorgung", Stuttgart 1982, Kohlhammer
7. Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit:
"Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische
Versorgung", Schriftreihe des Bundesministeriums für Jugend,
Familie und Gesundheit, Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
1983
8. Bundestagsdrucksache 7/4200 Bericht über die Lage der
Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1975
9. Ciompi L., C. Aque, H.-P. Dauwalder: Ein Forschungsprogramm zur
Rehabilitation psychisch Kranker
(Teil II), Nervenarzt 49 (1978)
332 - 338

10. Ciompi L., H.-P. Dauwalder, C. Aque: Ein Forschungsprogramm zur
Rehabilitation psychisch
Kranker (Teil II), Nervenarzt
50 (1979) 366 - 378
11. Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten
5. Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD
Springer Verlag Heidelberg 1979
12. Ciompi L., C. Müller: Lebensweg und Alter der Schizophrenen
Springer Berlin, Heidelberg, New York 1976
13. Claus G., H. Ebener: Grundlagen der Statistik, Frankfurt 1970
14. Dimmek B., u. Veltin A.: Modellverbund "Ambulante psychiatrische
und psychotherapeutische/psychosomatische
Versorgung Wohngruppen, Wohngemeinschaften
Kohlhammer 1986
15. Dörner K. u. Plog U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch
der Psychiatrie/Psychotherapie,
Wunstorf 1978 Psychiatrie Verlag
16. Dörner K.: in Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten
Köln 1985
17. Gaedt Ch.: Ein Lehrstück bundesdeutscher Reformpolitik:
Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in:
W. F. Hang (Hrg.) Jahrbuch für kritische Medizin,
Band I S. 138 - 150 Argument Verlag,
Berlin 1976
18. Hägebarth R.-J.: Wohngemeinschaft für psychisch Kranke
in: Kulenkampf C. et al (Hrsg.):
Gemeindenahe Psychiatrie, Köln 1975
19. Heinrich: Psychopharmaka in Klinik u. Praxis,
Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1983

20. Hodel J.-S. Schärer, E. Steiner:
Berufliche Wiedereingliederung psychisch Invaliden,
Die Rehabilitation 18 (1979) 25 - 34 .
21. Hodel J.: Angehörige psychiatrischer Patienten
in: Keupp/Rerrich (Hrsg): Psychosoziale
Praxis, München, Wien, Baltimore, Urban u.
Schwarzenberg 1982
22. Hofstätter und Wendt D.: Quantitative Methoden der
Psychologie Johann Ambrosius Barth,
Frankfurt/M 1974
23. Hörmann G.: Die zweite Sozialisation, Westdeutscher
Verlag 1985
24. Huber G., G. Gross, R. Schuttler: Schizophrenie. Eine
verlaufs- und sozial-
psychiatrische
Langzeitstudie, Berlin,
Schattauer Verlag 1979
25. Hilpert W. et al.: Psychotherapie in der Klinik von der
therapeutischen Gemeinschaft an
stationären Psychotherapie,
Springer Verlag Berlin, Heidelberg,
New York, 1981

- 26 . Hergrüter E.: Therapeutische Gemeinschaften und Übergangswohnheime
in: Keupp/Rerrich (Hrsg.): Psychosoziale Praxis,
Urban u. Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1982
- 27 . Hülsmeier H.: Erfahrungen mit Wohngemeinschaften für psychisch
Kranke in Psychiatrische Praxis 4 (1986) 144 - 152
- 28 . Jones M.: The concept of a therapeutic community in American Journal
Psychiatry 112: 647 - 650 (1955)
- 29 . Jones M.: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft Huber,
Bern, Stuttgart, Wien 1976
- 30 . Körmendy E., E. Schäfer: Empirische Verlaufsuntersuchung schizo-
phrener Erkrankungen im Bereich eines
kommunalen psychiatrischen Dienstes, Nerven-
arzt 54 (1983) 347 - 353
- 31 . Kraus W. u. Rerrich D: Deinstitutionalisierung in: Keupp u.
Rerrich (Hrsg.): Psychosoziale Praxis Urban
u. Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
1982
- 32 . Kraus W.: Evaluation in: Keupp u. Rerrich (Hrsg.): Psychosoziale
Praxis, Urban u. Schwarzenberg, München,
Wien, Baltimore 1982
- 33 . Lipke K.: Stationäre Rehabilitation im psychiatrischen Kranken-
haus. Psychiatrie Verlag 1984
- 34 . Lorenzen D: Chronisch psychisch Kranke - wo sind sie geblieben ?
Spektrum 13 (1984) 22 - 28
- 35 . Main T. F.: Das Krankenhaus - eine therapeutische Institution
The hospital as a therapeutic institution Bulletin
of the Menninger Clinic 10: 66 - 70 deutsch in:
Psychotherapie in der KLinik, Springer Verlag Berlin,
Heidelberg, New York 1981
- 36 . Main T. F.: The concept of the therapeutic community: variations
and vicissitudes First S. H. Foultes Annual Lecture.

- 37 . Möller H. J., K. Werner-Eilet, M. Wünschner, Stockheim v. Zerssen:
Fünf-Jahres-Katamnesen an Patienten mit schizophrenen und verwandten
Psychosen in Heinrich K. (Hrsg.): Der Schizophrene außerhalb der
Klinik, Verlag Hans Huber, bern 1982.
- 33 . Opielka M.: Heilen und Verrichten im Nationalsozialismus
Wanderausstellung Volk und Gesundheit 1982
Tübinger Vereinigung für Volkskunde e. V.
- 39 . Pietzcker A., W. Gaebel, A. Poppenberg: Prognose des Verlaufs nach
Klinikentlassung bei schizophrenen Patienten in K. Heinrich (Hrsg.)
Der Schizophrene außerhalb der Klinik, VERlag Hans Huber, Bern 1982
- 40 . Pirella A.: Sozialisation der Ausgeschlossenen.
Praxis einer neuen Psychiatrie. Hamburg Rowohlt 1975
- 41 . Rintelen E.: Ergebnisse beruflicher Rehabilitation psychisch
Behinderter. Die Rehabilitation 17 (1978)
149 - 155
- 42 . Spitzer J. R. L. Endicott, L. Fleiss: The Global Assessment Scale
A procedure for measuring
overall severity of psychiatric
disturbances 1984
- 43 . Uchtenhagen A.: Wohnheimstruktur als therapeutische Instrumente,
Psychiatrische Praxis 11 (1984) 163 - 167

9. Lebenslauf

15.02.1957	geb. als sechstes von acht Kindern des Landarztes Dr. Hermann Quinkler und dessen Ehefrau Edeltraud in Burghaun (Kr. Fulda)
April 63 - Nov. 66	Besuch der Volksschule Burghaun
Dez. 66	Wechsel auf das neusprachlich-naturwissenschaftliche Gymnasium in Hünfeld
Mai 75	Abschluß der Gymnasialzeit mit dem Abitur
Nov. 75	Beginn des Studiums an der Universität Würzburg mit dem Studienfach Psychologie
Mai 76	Beginn des Studiums der Medizin an der Universität Würzburg
März 78	Physikum, danach Wechsel an die TU München
Okt. 82	Abschluß des Studiums mit dem 3. Staatsexamen, danach Beginn der Promotion zum Thema: Evaluation einer therapeutischen Wohngemeinschaft
März 83 - Sept. 83	Arbeit als Flug- und Telefonärztin beim ADAC Reisenotdienst in München
Okt. 83 - Nov. 83	Arbeit als Ärztin in Klinik für Drogenabhängige in Grafrath bei München
1.12.- 31.12.86	Arbeit als Assistenzärztin in der Neurologischen Klinik der Städtischen Kliniken Fulda (Chefarzt Prof. Dr. H. D. Langohr)
ab 01.01.87	Beginn als Assistenzärztin in der Psychiatrischen Universitätsklinik Marburg (Chefarzt Prof. Dr. W. Blankenburg)

10. Dankvermerk

Mein besonderer Dank gilt Herrn Priv. Doz. Dr. Dr. Bender, der meine Arbeit in hervorragender Weise betreut hat. Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Dr. Peter Vaitl dem damaligen ärztlichen Betreuer der beschriebenen Wohngemeinschaft, der mir oft mit Rat und Tat zur Seite stand.

